UNIVERSITÉ PARIS V - RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1973 N°

44

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Patrice BENOIST

Né le 23 Juin 1943 à Paris (17e)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

RÉFLEXION SUR LA RELATION ÉROTOMANIAQUE

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

Président de Thèse : Monsieur P. PICHOT (Professeur)

L'IMPENSÉ RADICAL

1, Rue de Médicis

PARIS 6e

UNIVERSITÉ PARIS V - RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Patrice BENOIST

Né le 23 Juin 1943 à Paris (17°)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

RÉFLEXION SUR LA RELATION ÉROTOMANIAQUE

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

Président de Thèse : Monsieur P. PICHOT (Professeur)

L'IMPENSÉ RADICAL

1, Rue de Médicis

PARIS 6°

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur P. PICHOT

qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548017_0014

A mes maîtres d'externat des hopitaux de Paris

à Monsieur le Professeur PERROTIN
à Monsieur le Professeur LAMOTTE
à Monsieur le Professeur P. DEBRAY
à Monsieur le Professeur F. LHERMITTE

ainsi qu'

à Monsieur le Professeur J.P. HAUTEFEUILLE

A mes maîtres d' internat des hopitaux
psychiatriques de la Seine

Monsieur le Docteur CENAC-THALY
Monsieur le Docteur TRILLAT
Monsieur le Docteur DAUMEZON
à Monsieur le Professeur SOULAYRAC

Au docteur S. FOLLIN

qui m'a aidé à mener à bien cette thèse,
qu'il reçoive ici l'expression de ma profonde
gratitude.

A Florence

et

à Eloïse

Aux Miens

"Quand on voit la raison la plus haute provenir peu à peu d'un ovule en apparence inconscient on ne trouve de difficultés à croire que cet ovule ainsi pourvu d'un principe de spiritualité transcendent, le tient lui-même des éléments dont il est formé."

Louis BOURDEAU

AVANT-PROPOS

Il ne s'agit pas pour nous, et ce d'aucune façon, d'établir un rapport exhaustif, ni un exposé ayant valeur heuristique absolue à propos de l'Erotomanie.

Le titre pourrait être :"le point actuel sur les relations amoureuses pathologiques" érotomaniaques ou encore "sur la relation érotomaniaque".

"Erotomanie et relations objectales."

"L'érotomane et sa mère."

Ces dernièrs titres nous amèneraient à réduire la portée de cet écrit, qui tentera d'être le plus simple possible dans son développement, et sa programmation, mais où les digressions (toujours présentes au cours d'une recherche et plus encore dans un exposé psychiatrique) seront fréquentes.

A ce propos, n'importe quel sujet abordé tendrait de nos jours vers cette vue critique, polémique, et parfois déstructurante de notre "action", de nos égarements et de nos contradictions.

Cependant nous évoquerons auparavant, avec précaution le problème de l'exposé psychiatrique. Ce problème reste à situer en tenant lieu, vraisemblablement, du désarroi que nous avons à traduire notre pensée pour introduire ensuite notre langage dans celui de la psychiatrie.(Il n'est pour beaucoup d'entre nous, et ce ne serait guère faire preuve de fausse humilité, qu'une parole, un balbutiement.)

Le ton semblera naïf, orchestrant une foule de concepts et d'idées empruntées à la perpétuelle remise en question de la "validité de la psychiatrie"; cette remise en question nait dans des années de contact avec la déraison ou le déraisonnant dans l'apprentissage purement livresque du savoir psychiatrique.

Le psychiatre en formation (puisqu'il est convenu d'inscrire des stades dans notre apprentissage, au sens où vraisemblablement Piaget l'entend à propos du développement psychique de l'enfant) est très"souvent seul avec ses collègues de la même génération par carence de prise en charge didactique. Ceci surgissant peut être des difficultés que prennent l'éventualité d'un enseignement ayant pour objet le champ de la psychiatrie.

Le ton politique, la sorte de revendication, semblant pourtant accusé, pourrait en fait se nuancer, parce que le problème ne s'est guère soulevé que ces dernières années et qu'il résulte sans doute au fond, d'une prise de conscience de l'entité que représente par rapport aux autres disciplines médicales la discipline psychiatrique.

La visualisation est donc récente, où la poussière des décennies nous précédant venait troubler la forme de "l'objet" à traiter. Ajoutons que cette poussière ne s'est pas accumulée sans un certain "laisser-aller" et que si la psychiatrie reste toujours le parent pauvre et parfois rejeté du champ multi- ou inter-disciplinaire médical actuel, cet éveil révèle, malgré le fatras des connaissances accumulées, un monde (nous ne

parlons plus ici d'objet) tout aussi inconnu qu'auparavant. Contrairement à ce que veulent nous faire entendre certains "révolutionnaires" selon qui, il n'est plus d'inconnu, nous voulons à la suite de nos prédécesseurs, continuer à refuser d'ignorer le fou. Selon eux ce dernier ne serait :"que le résultat ou le discours de la répression, le pile ou face de la manichéiste machine capitaliste ou révisionniste"...

Ou encore, même si cette définition du schizophrène ne vient que postuler une recherche établie avec un développement ultérieur se fondant sur l'expérience clinique :"La schizophrénie est une situation de crises micro-sociales, dans laquelle les actes at l'expérience de certaines personnes sont invalidés par les autres, pour certaines raisons culturelles ou micro-culturelles (plus généralement familiales) compréhensibles, qui finalement font que cette personne est élue et identifiée plus ou moins précisément comme malade mental, et ensuite confirmée (selon une procédure d'étiquetage spécifiable mais hautement arbitraire) dans l'identité de patient schizophrène par des agents médicaux ou quasi-médicaux".

Dans cette définition il faut noter qu'une nuance de tendance néo-behaviouriste est donnée à cette invalidation de la personne schizophrène élue :"qui a généralement grandi en faisant du monde une expérience conditionnée par le manque global ou partiel de validation consensuelle et de sa perception de soi et de sa perception d'autrui."

Certes, et ceci est plutôt rassurant, se sont développées et épanouies des branches ayant trait à la folie.

L'une, en dehors des murs de l'asile (bien que l'on vienne, maître de cette discipline, dénoncer l'existence de ces murs en s'y adressant (et ce, dans une chapelle se trouvant dans l'hôpital Sainte-Anne.))

Il s'agit de la psychanalyse, dont nous avons tous emprunté les concepts avec parfois de nombreuses erreurs quant

à leur signification même et qui en effet cherche la place dans les cadres institutionnels de la folie.

Beaucoup d'entre nous vont suivre les rapports théoriques et cliniques à l'écoute des séminaires quand ce n'est pas commencer une cure analytique : être l'analysant pour devenir l'analysé.

Une autre branche : la psychopharmacologie dont l'investissement (après trop d'espoirs déçus) est très variable suivant les praticiens, ceci se traduisant parfois par des positions très ambigües. Ce développement de la psychopharmacologie s'est fait bien sûr à l'intérieur et nous dirions même grâce "aux murs de l'asile" mais ici encore les méthodologies d'expérimentation n'ont pas toujours été très "scientifiques" (l'objet d'expérimentation y étant certainement pour beaucoup) et il ne reste actuellement que quelques lieux privilégiés où il semble que cette recherche et cette expérimentation se fassent avec un protocole rigoureux. (Travaux de l'école Lyonnaise et de la clinique des maladies mentales de Paris)

Nous passerons rapidement ici, tout en rappelant leur existence, sur les laboratoires de psychologie expérimentale et génétique, en particulier ceux de l'école de Piaget ou des behaviouristes américains dont on aurait pourtant beaucoup à apprendre et qui semblent par les résultats de leurs recherches interesser plutôt les domaines de la psychiatrie infantile.

Les tentatives de réconciliation ou de liaison entre ces voies de recherche n'ont guère abouti, ceci, non par manque d'intérêt de beaucoup d'entre nous, mais sûrement parce que les langages y sont différents.

L'épistémologie psychiatrique, pour peu qu'elle existe, est le lieu d'un discours chaotique.

Une vérité ne se fera jour pourtant qu'au travers d'un discours non seulement cohérent et intelligible mais aussi

traduisant toutes les demandes que nous offre la psychopathologie.

Les "langues parallèles" devront s'effacer, pour que naisse le langage de la science psychiatrique, et les querelles de chapelles et de couloïrs, les prises de positions rigides et parfois intransigeantes de certains de nos maitres, ne sont guère de nature à faire avancer les choses. (La position politique et socio-économique instable et mal définie de la psychiatrie actuelle, et la dévalorisation par ceux-là même qui rendent si flous les domaines, ou l'objet de notre pratique, n'est-elle pas une preuve, non pas de l'urgence à y remédier, mais d'un malaise qui n'est pas sans rappeler le temps des hérésies religieuses.)

Beaucoup d'entre nous l'ont vu, les congrès ou colloques psychiatriques ou neuro-psychiatriques n'attiraient les "spécialistes" que pour leur domaine d'intérêt, (où ils entendraient un langage conforme aux normes de leur code) et les autres exposés (où beaucoup d'oreilles viennent se boucher) servent à l'activité touristique des pays ou lieux où se produisent de telles manifestations!

Enfin, nous situerons ici le goufre existant entre la visée de la folie et celle de la confrontation avec le fou.

Dans le premier cas nous nous laissons trop souvent abuser par le merveilleux pouvoir et la prégnance (peut-être particulière aux motivés de la recherche sur la psyché!) de la fonction poétique du langage, et des illusions non moins dangereuses de sa fonction connotative (fonction poétique et connotative prises au sens de Jakobson).

Dans le second domaine de notre pratique, notre attitude ne peut se synchroniser dans le temps et l'espace pour nous présenter sous le voile pudique de l'inconnu, porteurs d'un titre et donc d'un savoir et d'un pouvoir, mais ce voile n'a ni une structure amorphe ni une qualité diaphane, vu que la situation n'est que le hasard d'une rencontre. La neutralité

de notre façade et de notre présentation, l'attention de notre écoute, la perspicacité de notre inquisition bienveillante, la qualité de notre démarche et de notre "bon vouloir thérapeutique" seront toujours ébranlés par ce que nous appellerons: l'effet de surprise. Cet effet de surprise est à différencier de celles du scientifique dans son laboratoire, confronté à une situation expérimentale imprévue ou de l'"euréka" de ce dernier après la compréhension suivant le raisonnement déductif.

Y a-t-il possibilité d'application à une science de l'homme des méthodes et procédés des sciences expérimentales?

Les sciences expérimentales se fondent sur l'observation précise. Toute recherche doit procéder de faits observés. En physique et en biologie ces faits sont généralement inertes, c'est à dire qu'ils sont appréhendés de l'extérieur par un observateur qui n'est pas affecté par eux et qui ne les affecte pas par son observation. Même en microphysique, où le principe d'incertitude nous enseigne que l'observation affecte le champ des faits observés, il existe des techniques mathématiques qui maintiennent l'observateur dans une apparente relation d'extériorité par rapport aux faits et par rapport à ces techniques d'observation elles-mêmes. Dans une science de l'interaction personnelle au contraire il est inévitable que l'observateur et l'observé (en l'occurence le fou et le psychiatre que certains résument en locuteur et écouteur) s'affectent mutuellement dans tous les cas. Mais c'est ce rapport mutuel qui donne naissance aux premiers faits sur lesquels la théorie se fonde, ce rapport et non pas les entités personnelles affectées ou affectantes. Les faits qui constituent les données ou observations des sciences anthropologiques sont différents de ceux dont procèdent les sciences naturelles. Non pas comme peuvent être les faits qui intéressent la biologie de ceux qui intéressent la physique .

Ils diffèrent des faits qui font l'objet des sciences na-

turelles de par leur statut ontologique. Autrement dit la relation observant-observé dans une science des personnes est ontologiquement continue (sujet objet vis à vis de sujet objet) alors que dans les sciences naturelles elle est discontinue (sujet vis à vis objet) et permet une description purement extérieure au champ observé.

Sur la base de l'exposé des faits observés, le naturaliste procède à des jugements conjecturaux qui revêtent la forme traditionnelle "si nous avons telle ou telle condition, nous pouvons nous attendre à ceci et à cela dans le fond d'observation"; que les prédictions ainsi posées dans l'hypothèse soient expérimentalement vérifiées, et nous serons en mesure de former une théorie. Mais la sphère de l'interaction personnelle, les jugements conditionnels sont modifiés comme suit :"étant donné de telles conditions spécifiables, nous pouvons attendre de telle personne , sur la base de tout ce que nous savons d'elle ou de son passé, qu'elle se conduise de cette manière-ci". Cependant l'action personnelle dans son essence est la possibilité de dépasser toutes les déterminations et d'aller éventuellement dans la direction opposée à celle que l'on attendait. Certes deux possibilités : - le choix peut-être un choix de non-choisir - le champ des actions humaines peut se concevoir en termes probabilistes. Mais une prédiction naturaliste doit être considérée dans les sciences de l'homme comme inappropriée au champ de leur discours. La loi de la répétition afin d'infirmer ou d'affirmer n'est pas possible pour l'homme (entendons par répétition, la répétition de situations historiques). C'est la venue d'un projet illusoire d'"autodéshistorification". C

Maud Mannoni souligne bien dans ces termes qu'il faut se souvenir :"que le discours sur le sens psychiatrique n'est pas un discours scientifique. Il s'agit de l'assemblage d'hypothèses et d'outils "DE TRAVAIL"...Rien de plus dangereux que de donner aux conclusions médicales le caractère sans appel d'une

sentence. La parole médicale se trouve généralement utilisée déformée, transformée par les croyances mythiques de chacun"...

Ceci nous conduit à formuler une question : celle de la possibilité hypothétique de la neutralité (déjà évoquée) dite parfois "ponctuation immédiate ou progressive" du psychiatre ou psychanalyste D'autre part, admettre l'adhésion du fou à un domaine relevant de l'intelligible ou du formalisable serait renier tout concept d'aliénation, et, en un second temps annuler tout simplement la folie.

Ainsi vouloir définir et introduire notre langage dans celui dé la psychiatrie, c'est opter pour une théorie, et tenter de se définir comme praticien, en face d'une méconnaissance, à laquelle se mêlent marasme idéologique et confusion des termes; de la même façon, ce qui précède peut être entendu comme tentative contre le morcellement, la destitution et la dé-situation de celui qui veut avoir affaire à la folie, se sachant élu non-fou, mais apte - sans doute- à comprendre que notre raison a tout simplement rapport avec notre déraison.

Imaginons un esprit peu ouvert à l'histoire et aux théories de la philosophie, lisant successivement - pour cerner le champ psychiatrique - les oeuvres de Freud, celles des représentants actuels et féconds de sa pensée (auteur de l'Ecole Freudienne) celles des phénomènologues et des théoriciens organodynamicistes, celles des psychiatres institutionnels, celles des antipsychiatres et enfin - l'Anti-Oedipe de Deleuze - cet esprit, donc, de par sa formation en prédominance, synthétique, expériementale et surtout clinique et thérapeutique, n'aura pas le choix facile, et sera contraint à se réaliser d'abord selon un procédé d'acculturation.

Le "replâtrage", la suggestion, l'abrutissement par les psychotropes, neuroleptiques ou tranquillisants - apanage des psychiatres, dit-on - donnent à la psychiatrie son caractère répressif, dépendant directement des structures socio-économiques dans lesquelles nous fonctionnons actuellement

Nous serions donc là pour protéger l'intégrité d'une raison sociale qui du reste est sujette à se remodeler sans arrêt, suivant les fluctuations de son historicité. En fait, on admet que toute société peut voir fonctionner simultanément le processus irrationnel et prélogique et le processus scientifique et technologique, le mythique et le logique rationnel positiviste, mais peut-on croire que la figure de l'homme aura toujours sa fonction de transcender le réel, de "se dépasser" sur le fond d'une société mécanique et cybernétique : il est sans doute prématuré de vouloir répondre à un problème ainsi posé.

Ainsi de toutes manières, on admettra encore ici la définition de la pathologie mentale selon H.Ey, comme "pathologie de la liberté" - "lorsqu'on dit que le malade mental est perturbé dans sa vie relationnelle, qu'il est altéré, ou aliéné dans son humanité (alors que les maladies somatiques le menacent dans l'intégrité de ses fonctions organiques, c'est à dire de sa vitalité) on ne dit pas autre chose. Toutes les formes de maladies mentales quelles qu'elles soient manifestent dans leur symptomalogie un malaise existentiel caractérisé par la limitation de liberté de l'homme-malade mental. Que ce soit par l'impossibilité (structure négative) d'accéder à un empire suffisant sur soi-même, ou par la force (structure positive) de l'inconscient qui pèse de tout son poids dans la détermination de ses actes ou de ses sentiments, le malade mental est enchainé au fond de lui-même".

...De même, l'érotomanie, que nous allons introduire, ne nous semble pas avoir d'autre "intention" qu'une perte de la liberté et nous devons découvrir le pourquoi de cette dynamique. D'autre part, si on ne peut prétendre rendre à l'érotomane son droit à la jouissance, nous aimerions l'aider dans son droit à l'illusion d'être libre de jouir à sa guise, dans la mesure où les contingences le permettent...

"La lecture terminée, il faut immédiatement oublier, non seulement toutes les paroles, mais aussi toutes les idées de l'auteur et ne se souvenir que de son visage. Les mots, les idées, ne sont que des moyens de communication fort imparfaits; impossible de photographier l'âme, nous sommes donc obligés d'employer la parole... Au lieu de venir à mon aide en comprenant combien il m'est difficile de trouver des paroles adéquates, au lieu de deviner, mon ami me met des bâtons dans les roues.

Léon CHESTOV
(La philosophie de la Tragédie)

INTRODUCTION

L'érotomanie nous a semblé remarquable pour plusieurs raisons.

1) Elle nous offre parfois,mais rarement,la notion d'un syndrôme bien discernable, d'autres entités nosologiques aux contours sémiologiques plus flous - cette position rendant délicate son insertion dans un registre nosographique et allant jusqu'à faire douter de son caractère psychotique. Sa position, vis à vis de la paranoïa ou des délires chroniques,est discutée et surement discutable.

2) Cependant craignant cette "pureté" pour une maladie

psychiatrique, nombre d'entre nous nient toute valeur au concept psychopathologique même que propose l'Erotomanie, justifiant le plus souvent hélas leur argumentation autour du fait que l'érotomanie n'existerait, qu'à condition d'adhérer parfaitement au Postulat formulé par G. de Clérambault; celui-ci servant aussi de référence absolue. Il est en effet bien rare de découvrir une observation venant se satelliser parfaitement autour de ce noyau jugé immuable et isomorphe, ce relent de pathognomicité, pourtant ici non justifié, semblant être l'épouvantail du psychiatre contemporain.

3) Que l'Erotomanie soit une manifestation morbide semblant être l'apanage du sexe féminin, ce qui dans une maladie qualifiée de "purement psychologique" par l'auteur à la fois le plus mécaniciste et le plus convaincant des grands maitres de la psychiatrie de ce siècle, pose avec acuité tout le problème de la position féminine ou de la féminité sur le plan psychologique, avec ses interférences sociales et culturelles pour certains prévalentes.

Notre travail n'aura pas la prétention de redonner à l'érotomane un blason à sa taille mais se résumera à une réflexion sur l'évolution de ce drame de l'amour appelé psychose passionnelle bien que le substantif Passion plus que l'adjectif passionnel viennent obtenir droit de cité dans l'essence même de ces romans morbides.

En premier lieu nous formulerons un historique qui se voudra le plus complet supporté par une bibliographie en fin d'ouvrage; et un aperçu des données psychopathologiques ou psychogénétiques retrouvé dans des écrits dont la traduction ou le résumé n'auront pas toujours été simples; mais nul ne saurait ignorer que le langage parfois hermétique, ailleurs emphatique gongorique, de certains de nos contemporains, bien loin de cacher une misère ou un vide de sens, peut nous apporter un axe de recherche et d'élaboration et parfois même le vecteur

nécessaire pour traduire une option ou une direction de notre pensée.

Nous introduisons de même dans ce chapitre les définitions des concepts et de la terminologie métapsychologique souvent bien envahissante mais ceci nous a semblé justifié par le fait que l'emploi de ces concepts vient souvent travestir une ignorance et un mesusage de ces termes. La valeur même de ces concepts ne peut être jugée que réintroduite dans le contexte et le protocole rigoureux de la discipline psychanalytique...

Puis, dans une deuxième partie nous développerons deux observations dans leur biographie et surtout dans leur cursus asilaire. L'une fut le sujet direct de confrontations dans le cadre l'institution classique. L'autre par "traduction" d'un dossier que nous avons eu à compulser. Le choix de ces deux observations nous a semblé important, car dévoilant dans leur linéarité, des scénarios très différents. Ces observations seront annotées plus ou moins brièvement de réflexions qui n'auront nullement pour nous la valeur d'interprétations rigoureuses.

Ceci nous amènera à une conclusion qui - nous l'espérons- laissera transparaitre en filigrane le désarroi du psychiatre, ou plutôt de ceux qui croient en l'avenir d'une discipline psychiatrique rattachée à la médecine.

HISTORIQUE.

La première observation écrite semble-t-il, nous est donnée par un criminaliste viennois Zïeller qui nous rapporte l'histoire d'un fou:"qui aurait trouvé un plaisir tout particulier dans sa personne et s'était cru le chéri de toutes les femmes." Mais la littérature classique, romanesque ou théâtrale abonde de personnages que nous pourrions étiqueter érotomanes, bien sûr le roman "madame Bovary" de Gustave Flaubert illustre cette tendance, cette insatisfaction romanesque et ce pouvoir qu'a l'homme de se concevoir autre qu'il n'est. Le terme Bovarysme est d'un emploi courant en psychiatrie et désigne une constellation psychologique à la fois dérisoire et pathétique faite de cette insatisfaction et de ses compensations dans l'ordre fictif romanesque sentimental, de ces aspirations et de ces ambitions conjointement légitimes et vaines dont le personnage littéraire de référence reste le prototype le plus parlant. Rendons cependant à Molière ses droits de peintre incomparable des moeurs de son siècle et de toujours; en particulier dans les "Femmes savantes" où le personnage de Bélise confrontée au prétendant de sa fille prend pour dû les déclarations ou avances de Clitandre; les scènes IV du premier acte et scène III de l'acte II sont de petits monuments littéraires de situations érotomaniaques avec "cette folle et ses visions".

Pour le cas masculin de Zieller, les experts porteront le diagnostic de "mélancolie amoureuse".

Esquirol dans son "Traité des Maladies Mentales" décrit parmi les monomanies, l'érotomanie, monomanie érotique dans les termes suivants :"Le mot érotomanie s'appliquerait à un désordre de l'amour-sentiment, abstraction faite de l'amour-sensation et des excitations génitales. C'est un trouble purement cérébral par rapport à la nymphomanie et au satyriasisme qui représente l'excitation génitale brute et médullaire. Le délire systématique érotique représente l'érotomanie considérée d'après son développement et non plus comme un trouble de la sphère génitale. Ce délire semble se présenter et se développer chez des sujets à développement anormal et qui de bonne heure ont présenté des bizarreries morales ou intellectuelles. Les sujets se créent un idéal amoureux, ils le caressent complaisamment, ils l'alimentent par leurs lectures ou leurs rêveries. Ils se croient sur le point de le réaliser quand ils s'aperçoivent qu'ils ont fait fausse route. Ils ont ainsi des accès de découragement, de pessimisme et d'hypochondrie, mais un jour ils rencontrent celui ou celle qui fixera leur destinée, à son attitude, à ses gestes, à des nuances imperceptibles pour tout autre; ils ont reconnu l'amour ou tout au moins la sympathie qu'ils inspirent; c'est le coup de foudre, et alors le délire est constitué, il va se développer. C'est par le fait que le personnage est d'un rang plus élevé que le délire se rattache dès l'origine au délire des grandeurs. Il se complique en outre d'idées de grandeurs relatives à la personnalité du malade et qui l'élève au même rang que son idole. Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas constantes. Ils sont remarquables surtout par la variété et l'intensité des interprétations multiples ou délirantes qui emplissent la vie du malade. Les faits les plus simples, les plus étrangers à sa personne et à l'être aimé deviennent pour lui des indications, des encouragements, des conseils, les annonces des journaux détiennent un rôle important dans ces interprétations qui sont aussi voisines de celles du délirant persécuté. Ils se rapprochent du persécuteur amoureux. Ailleurs Esquirol emploiera

pour l'érotomanie les termes suivant :"c'est la folie de l'amour chaste". "L'érotomane est le jouet de son imagination, chez lui l'amour est dans la tête".

- Trelat en 1861 nous donne une observation d'érotomanie: pour lui il ne s'agit pas d'un délire mais "raisonnement faux". Esquirol qui croyait au platonisme de l'érotomane fut alors critiqué par ses élèves.

A la même époque Taguet, nous donne la première description clinique développée d'une érotomanie masculine.

Pour Magnan les érotomanes sont considérés comme des cérébraux antérieurs ou psychiques chez lesquels tout se passe en pleine région frontale dans le domaine de l'idéation.

Ball revient sur les idées d'Esquirol en opposant la nymphomanie comme une "folie de l'excitation sexuelle" tandis que l'érotomanie est la "folie de l'amour chaste".

Leroy dans sa thèse publiée en 1896 nous dit :"Les persécutés amoureux (sous-entendant les érotomanes) sont des dégénérés infatués d'eux-mêmes, dépourvus de jugement, ils se croient aimés d'une personne et édifient sur ces domaines un véritable roman."

Portemer en 1902 évoque les érotomanes comme des déséquilibrés de l'amour. Ils ont un sentiment hypertrophié qui les conduisent à des extravagances, à des violences et même au crime. L'idée érotomaniaque d'après l'auteur est essentiellement obsédante et impulsive. C'est : "une anomalie sexuelle par défaut, sans appétit sexuel vrai et sans désir de jouissance".

Puis émergera dans la littérature psychiatrique le nouveau concept nosographique dans "le traité sur la folie naissante" introduit par Serieux et Capgras :"La psychose passionnelle". Et Dide distinguera dans un ouvrage intitulé "les idéalistes passionnés" publié en 1913 dans une synthèse clinique des états passionnels, les revendiquants et les idéalistes passionnés, insistant sur le caractère rémittent et le défaut

d'extension délirante des états passionnels, opposés au caractère progressif et extensif du délire d'interprétation.

Plus tard, après avoir donc donné droit de cité aux états passionnels dans la nosographie des psychoses, mettant l'accent sur l'élément passionnel et par conséquent affectif, de l'érotomanie, Dide et Guiraud différencient:

- Les érotomanes vrais ou les amoureux passionnés, ces derniers n'étant pas systématiquement chastes.
- Les idéalistes amoureux, qui eux le seraient toujours.

Enfin, après une série de travaux faits à l'Infirmerie sous la tutelle magistrale de G. de Clérambault et grâce aux observations privilégiées, à la pertinence et à la finesse clinique de ce dernier, se fixent les éléments fondamentaux de l'érotomanie, qui doit être rangée en même temps que le délire de revendication et le délire de jalousie, dans la rubrique des états passionnels morbides.

- Le début des délires d'interprétation est imprécis.
- Le début des délires passionnels est précis et caractérisé par le choc idéo-affectif.
- Ces délires passionnels ne se développent pas sur des sujets à caractères obligatoirement paranoïaques.
- Pour les délirants interprétatifs sur le plan structural, les conceptions sont coordonnées entre elles.
- Pour les passionnels,les conceptions sont subordonnées à un postulat fondamental.

C'est l'autre (l'objet) qui a commencé, qui aime le plus ou qui aime seul.

A partir de ce qui précède, nous voyons donc qu'historiquement à propos de l'érotomanie, les stades se sont inscrits ainsi :

a) - Visant à découvrir dans une manifestation morbide de la pensée une thématique érotomaniaque isolée ou capable d'être isolée selon les critères de chaque clinicien.

b) - Un deuxième temps a isolé un symptôme nosographiant l'être érotomane.

c) - Enfin le 3ème stade avec pour référence actuelle la définition faite par G.de Clérambault discrimine dans le monumental édifice nosographique Kraepelien l'érotomanie pure. Le stade actuel étant bien sûr en fonction des apports conceptuels de la phénoménologie et de la métapsychologie, la recherche d'une étiopathogénie de ces relations abhérentes que nous offrent ces personnages, peu enclins à ce qu'il est convenu d'appeler, "l'ouverture thérapeutique".

Le caractère de cette évolution historique, que l'on jugera peut-être trop stratifié doit en fait être revu et corrigé. Nous ne saurions bien sûr admettre que les explications et les causes de l'émergence de ces délires ont toujours été annulées par nos anciens maîtres qui se seraient alors contentés de distiller par une recherche sémiologique pointilleuse, reposant sur les données cliniques, le concept "érotomanie". (On leur manifeste un goût tout particulier à avoir voulu"couper les cheveux en quatre") Nous y reviendrons à propos de l'aboutissement de la nosographie actuelle.

Un sujet de réflexion cependant attirera notre attention: à savoir que l'érotomanie pure avec le fameux Postulat d'évolution en trois phases (donc semblant faire évoluer le sujet dans le cadre d'une destinée immuable) - 1) Phase d'amour et d'espoir, puis -2) phase de dépit et pessimisme et enfin - 3) de rancune et de haine envers l'objet " au cours de laquelle l'agression envers celui-ci n'est pas rare". Les manifestations du délire pouvant cependant se fixer pour un temps plus ou moins long sur un de ces stades. De nombreuses observations se trouvent dans tous les asiles sur des sujets en particulier des femmes, fixés dans l'attente et l'espoir, avec toutes les activités et processus annexes que comporte cette phase, c'est à dire : construction d'un réseau interprétatif secondaire et dans le cadre de l'institution, permettant la

communication permanente avec l'objet, et bien sûr activité dirigée vers l'objet le plus souvent par le biais d'un courrier plus ou moins fleuve, sorte de "journal intime à deux" dans lequel viennent parfois alterner des phrases dépressives ou d'impatience pouvant faire croire à l'arrivée du dépit amoureux. Ailleurs cette activité de communication avec l'objet se fera grâce au pouvoir (devenu immanent au sujet) de la parapsychologie (transmission de pensées, envoutements, fausse reconnaissance, etc...)faisant souvent étiqueter ces érotomanes dans le cadre des psychotiques paranoïdes.

Cette notion d'érotomanie pure a été le départ d'une flambée d'écrits polémiques émanant de tendances très diverses, et semble actuellement en effet récusée par certains psychiatres, mais ce ne serait pas mentir que d'avouer que l'érotomanie pure est aussi actuellement bel et bien dans les registres de nombreux de nos contemporains, les psychanalystes eux-mêmes venant à en parler en termes d'entité.

L'érotomanie "à part entière" ou "symptômes érotomaniaques" sont certes les données d'une problématique sémiologique. En nous référant à Sérieux et Capgras et ce par les concessions faites par Clérambault, il nous est énoncé que les "cas mixtes s'loignent des "délires en secteur" et admettent, une invasion plus totale de la personnalité". Ainsi dans les délires polymorphes (non systématisés) l'érotomanie est une variante symptômatologique avec certes expansivité, mais référence à un mécanisme interprétatif et des phénomènes hallucinatoires.

- Parfois la persécution est généralisée.
- Ailleurs il existe des thèmes mégalomaniaques surajoutés.
- Se posent aussi les problèmes des métamorphoses de l'objet (illusion des métamorphoses de l'objet dans l'érotomanie à propos de deux cas masculin par Denicker et Gallibert)ou : "L'illusion aboutit à la duplication

de l'objet, la reconnaissance des objets ne se fait non à cause des traits de ressemblance mais malgré les invraisemblances."

- Problème de la multiplication des objets de façon itérative ou quasi-instantannée.

Ceci nous permet d'introduire la place de l'érotomanie suivant les contextes délirants, c'est à dire l'insertion du thème érotomaniaque

a) Dans les psychoses paranoïaques. Posant le problème de la confrontation d'une personnalité paranoïaque (c'est à dire classiquement méfiante, jalouse, agressive, sous-tendue par une psycho-rigidité) avec le symptôme érotomaniaque.

b) Dans les psychoses paranoïdes. Avec constructions vagues, incohérentes, idées de grossesse, de filiation, caractère flou et inconsistant de l'objet, difluence dans la prégnance personnelle.

c) Dans la paraphrénie Kraepelienne. Avec le caractère fantastique du délire, la richesse imaginative, la juxtaposition du monde fantastique au monde réel (avec souvent adaptation relativement bonne de ces malades au monde réel) et enfin ce délire sans limite, où le thème érotomaniaque tient une place parmi les autres avec une idée de rencontre, de transformation, de rapport bi-univoque avec des objets non-personnifiés

d) Dans les psychoses maniaco-dépressives. La fameuse cyclothymie ou maladie périodique de l'humeur, où l'objet perd sa consistance, le maniaque présentant dans le jeu des tendances antinomiques avec le dépressif, ce pôle positif: satisfaction directe des besoins et des pulsions, "le sujet se laissant aller", les idées érotomaniaques venant apparaître superficielles, variables, inconsistantes.

Un point d'analogie nous semblerait ici interessant à souligner dans les états dépressifs réactionnels à la perte de l'objet au cours d'une relation érotomaniaque qui n'est pas sans nous faire évoquer les conduites mélancoliques et

nous introduire aux théories psychanalytiques à propos de la genèse de la mélancolie (Freud, Abraham, M.Klein): désespoir devant l'objet perdu, agressivité dirigée contre soi, c'est à dire contre un moi identifié à l'objet perdu (processus de déni-dénégation), introjection, ambivalence dans l'orgie cannibalique, tendant aussi bien à anéantir l'objet que de s'en rassasier (les conduites suicidaires chez l'érotomane ne sont guère fréquentes; le chantage au suicide est particulièrement fréquent pendant la phase de dépit et paradoxalement - parfois - dans la phase de désillusion et de haine).

e) Dans les états délirants aigus. Bouffées délirantes, états crépusculaires avec conscience oniroïde, psychoses aigües exogènes, endogènes et toxiques, où la fréquence de la recherche d'un objet d'amour inconditionnel vient s'estomper pour réapparaître dans les thèmes et mécanismes polymorphes mais coexistants enchevêtrés selon des rapports plus ou moins lâches, l'ensemble donnant à l'observateur l'impression d'un chaos et d'une vitesse kaléïdoscopique à la façon du rêve.

f) Nous citerons enfin les manifestations morbides avec parfois des thématiques érotomaniaques dont les processus involutifs ou démentiels de tous ordres. (La fréquence de ces thèmes a été soulignée dans les descriptions en particulier de la phase des débuts de paralysie générale).

Nous voyons que les symptômes érotomaniaques,(c'est à dire illusion par le malade d'être aimé par un autre) peut entrer dans toutes les manifestations morbides de caractère psychotique (1) et cela n'est pas sans intérêt lorsqu'on aborde la psychopathologie avec une perspective organodynamiste et la notion de déstructuration du champ de conscience (définie dans cette perspective) nous démontre que l'émergence du symptôme causée par une régression à un niveau inférieur fait enten-

---

(1) Pour ne pas aborder le problème retrouvé dans la clinique des "intuitions délirantes" chez les névropathes anxieux ou psychasthènes.

dre celui-ci comme préexistant ou plutôt virtuel, que les failles, faiblesse structurale d'un moi viennent se révéler ou s'impressionner telle une pellicule photographique. Nul doute que le problème reste posé quand il y a stabilisation ou fixation ou chronicité du symptôme ou processus néoformé. Renvoyons le lecteur aux "Etudes" de H.Ey en particulier à l'étude n°7 du chapitre III sur les troubles du déficit et du mécanisme de symptôme. Ce petit appendice nous a semblé justifié à propos de nombreux cas relevés dans la littérature de thématique érotomaniaque plus ou moins durable et structuré chez des malades ayant subi des électro-narcoses, cure de Sakel, sysmothérapie, nous parlerons ici brièvement du cas Alice décrit par Clavreul où il se vit désigné objet d'une relation érotomaniaque par cette jeune femme, suite à une série de comas insuliniques, dont il avait la responsabilité (et qui avait été motivée par un délire de jalousie).

Il n'est que de lire les certificats d'internement des érotomanes pour voir que l'option qui est donnée vient très souvent se travestir par le fait de symptômes annexes jugés parasitaires ou en surplus, voire atypiques pour une fonction de sujet érotomane. (Erotomene par son "essence" selon les formules du Postulat de G. de Clérambault)

Les symptômes parasitaires viennent parfois gêner l'étude du dossier, surtout lorsque les hospitalisations furent assez longues et itératives. Nous avons souvent l'impression d'un gauchissement de la personnalité de ces "clientes" se dégageant de la coupe longitudinale de ces romans dramatiques, où viennent s'inscrire périodiquement, au hasard des entretiens, de brèves évocations ou descriptions typologiques saisissant dans des instantanés la folle que nous "étayons". Faut-il nous avouer que l'érotomane peut nous présenter d'autres facettes de la pathologie mentale?

- Ce pourrait-être probable de par la définition admise actuellement des "délires en secteur" ou le"clivage de la per-

sonnalité" ne se produit que dansun "sillon bien particulier".

- Cependant d'autres explications, outre le fait qu'elles présentent en dehors du réseau délirant une fonction d'adaptation s'étendant à tout un champ de réalité et de communication, peuvent provenir du "modelage" de la personnalité de nos patientes en proie aux interférences psychiatriques et psychopharmacologiques (à "l'asilification").

L'érotomane n'est-elle pas "une processive figée dans un futur inconditionnel"?

Les aberrations flagrantes et la complaisance de ces sujets à énoncer leur"délire" (1) font que nul d'entre nous psychiatres ne se permette une attitude passive, et le travail de sape immédiatement mis en branle semble souvent naître du désarroi (très similaire à celui de l'objet). N'y a-t-il pas collaboration universelle et attention générale dirigée sur ces malades, et la fausse note de notre intrusion peut parfois en effet rendre inaudible cette symphonie qui se voulait harmonieuse pour tous.

La pénétration intempestive dans ce réseau en apparence éïdétique, immuable, cette forteresse illusionnelle, où la conviction délirante sans faire appel direct aux mécanismes de défense névrotique ou psychotique ne devrait guère gêner l'abord puis la confrontation. L'erreur cependant serait d'admettre comme nous l'avons signalé une destinée érotomaniaque irrémédiable avec une logique interne et où le pronostic dépendrait du profil que présentait la malade avant l'intrusion de ce phénomène à savoir, ses tendances prévalentes, ses degrés de propention au suicide, au passage à l'acte, son de-

---

(1) Après une phase de réticence prolixe que l'on ne trouve qu'exceptionnellement dans le cadre où nous avons à les recevoir nous aurions peut être beaucoup à dire sur cette réticence prolixe ressemblant tellement à l'enfant ayant peur d'une punition, entrant dans des explications confabulatoires, comme pour mieux dévoiler la compréhension, en fait très floue, qu'ils ont de la faute commise envers des supérieurs.

gré de sensualité, de jalousie, ses exigences et la nature même de ses exigences au moment et pendant "l'infection érotomaniaque".

Pour terminer nous pensons donc qu'il n'y a rien de thérapeutique ni de fécond à vouloir inscrire un sujet dans une sémiologie rigide, ceci nous amenant rapidement à l'attitude "clinicoïde" si justement dénoncée par le Dr Bonnafé.

Nous nous bornerons déjà à singulariser l'érotomanie comme touchant des personnalités diachroniquement et synchroniquement orientées vers l'illusion délirante, le besoin d'être aimé par une autre personne.

Cependant nulle prise en charge, nulle indication thérapeutique spécifique - hormis la fameuse "camisole chimique" avec les apaisements bénéfiques que peuvent procurer les psychotropes- ne viennent s'inscrire lorsqu'un car de Police, ou un collègue (bien souvent "objet") nous adresse ces amoureuses de prêtre, de médecin, d'avocats ou de personnalités politiques ou scientifiques.

Devant cette impuissance beaucoup d'entre nous affirment une connaissance et un savoir sur le sujet érotomaniaque en se référant à des concepts empruntés le plus souvent à la métapsychologie freudienne ou kleinienne.

Avant d'aborder ces concepts nous poursuivrons cet aperçu historique, ce qui nous amène à souligner les travaux de G. de Morsier, Ferdière, de Fretet et dans un registre beaucoup plus psychanalytique ceux de Kestemberg, Pinel et de F. Perrier.

G. de Morsier affirme comme G. de Clérambault l'existence d'une érotomanie pure; il nous offre de longues descriptions cliniques. Il insiste sur la genèse affective de ces syndrômes définissant le "complexe idéo-affectif" comme l'intrication de l'élément idéique et de l'élément affectif.

- C'est une maladie de la sensibilité comme l'écrivait

Esquirol.

- Par ailleurs, G. de Morsier note des analogies en énonçant que "le mécanisme psychologique de la formation du complexe n'est pas spécifique de la psychose"

1.- La passion normale s'accompagne de troubles du jugement. Un homme normal en proie à une émotion peut momentanément perdre le jeu de ses facultés logiques.("Nous pouvons douter de nos perceptions, nous croyons toujours à nos émotions" disait Descartes).

2.- Ensuite: au sujet de la femme, de par sa fonction biologique - il lui importe plus d'être aimée que d'aimer. On retrouve donc presque naturellement cette plus grande fréquence du sentiment orgueilleux chez la femme (l'orgueil étant un des éléments les plus importants du syndrôme).

3.- Enfin à propos de la pensée des érotomanes, G. de Morsier fait une analogie avec la pensée égocentrique de l'enfant (au dessous de 8 ans) se référant à un texte de Piaget emprunté au "Jugement et raisonnement chez l'enfant".

4.- Dans une autre partie, G. de Morsier montre en s'appuyant sur les découvertes anthropologiques de Levy Bruhl et le "Traité de Psychologie des foules" de G. Le Bow la grande similitude entre l'idéation délirante et la pensée prélogique des peuples primitifs et aussi la persistance de cette pensée prélogique dans des représentations collectives, mais admises dans nos sociétés modernes coexistant avec des représentations logiques.

"Ce qu'il y a de pathologique dans le délire, ce n'est pas le mécanisme d'idéation, puisqu'on le retrouve exactement semblable dans les croyances collectives, mais bien le fait que le délire n'est admis que par un seul individu au lieu d'être partagé par une collectivité."

"C'est en quelque sorte cette rationalité différentielle qui constitue l'idée délirante et qui le sépare de la croyance."

G. de Morsier insiste donc sur le caractère régressif du Postulat "résultat d'une rupture entre la fonction biologique individuelle et la fonction sociale".

Il conclut ainsi:

"Il nous semble que l'érotomanie pure admette un processus acquis dans la constitution des psychoses, au lieu de mettre tout sur le terrain de l'hérédité" (terrain, constitution, prédisposition, dégénérescence, diathèse,etc...). En effet dans les cas purs la constitution du délire se fait à un moment précis à l'occasion d'une émotion engendrée par un individu déterminé et le délire constitué d'emblée ne diffuse ni ne s'étend d'aucune manière. Il y a donc bien des probabilités pour que le sujet ne se soit mis à délirer que grâce à la rencontre fortuite de l'objet aimé, et que si par hasard il ne l'avait jamais rencontré, il ne l'aurait jamais aimé, il n'aurait jamais eu l'occasion de créer un postulat quoique disposant de la puissance de le faire de par sa constitution. Il va de soi que ce ne sont là que des probabilités et qu'aucune certitude n'est possible dans ce domaine. Nous prétendons seulement que si, dans le délire d'interprétation, les partisans d'un terrain prédisposé ont beau jeu parce que le délire est irradiant et infiniment extensible. Dans le délire passionnel, au contraire, avec son postulat fixe et immuable, le moment historique qui a présidé à la constitution dudit postulat prend une importance considérable".

Fretet consacre plusieurs travaux (en particulier un ouvrage intitulé:"Les causes affectives de l'érotomanie principalement chez l'homme") où il rapproche ses conceptions de celles de Clérambault. Pour lui, il ne s'agit pas d'amour véritable, se cachant dans les sentiments de l'érotomane, mais il pense plutôt à sa fortune. Mais fait intéressant - (et peut être parce qu'il s'est attaché aux érotomanes masculins il replace l'érotomanie dans le contexte du drame familial rappelant la position oedipienne. Sa conclusion est que l'objet

du délire amoureux apparait toujours comme un substitut de la mère: "Le même objet secourable et maternel qu'une rêverie familière apportait à l'enfant". Fretet comme Lagache (qui définit l'érotomanie comme déviation de la relation amoureuse normale dont la composante active se trouve diminuée au profit de la composante passive) pense que "l'illusion d'être aimé est habituelle et nous pensons que pour la connaître :"Le plus grand nombre n'a qu'à faire appel à son expérience personnelle". Fretet insiste sur l'inconstance du postulat de G. de Clérambault : tantôt le sujet reconnait l'objet de son propre amour tantôt il l'ignore, ou le nie, tantôt il croit aimer avant de se croiré aimé, tantôt, c'est tout le contraire."

Kestemberg a publié un travail remarquable et beaucoup plus récent sur la relation érotomaniaque et ce, à propos de deux cas traités en psychodrame - l'érotomanie étant pour lui la forme la plus extrême de la relation amoureuse.
Il introduit sa conception en manifestant que l'objet est le plus souvent persécuteur. Il montre aussi l'analogie remarquable mais, bien sûr, remaniée, avec la relation d'objet primitive.

L'objet apparait d'emblée dans la relation érotomaniaque comme le support des pulsions (ce qui correspond à la définition de l'objet par Freud).

Kestemberg pense que plus le degré de fantasmatisation inconsciente est intense, plus la réalité est déniée, plus nous sommes dans une position délirante.

Pour lui, la relation érotomaniaque est toujours univoque. "Le personnage investi n'existant pour le sujet que suivant le besoin (au sens plein du terme) que l'on en a".

Ailleurs il écrira que "plus la réalisation du conflit traduira d'investissement libidinal sur un mode objectal, moins il sera pathologique et plus la réalisation du conflit exigera d'apport de la libido narcissique, plus il pourra être considéré comme pathologique".

Tout ce qui différencie les divers états où l'on observe une relation érotomaniaque ne s'inscrit pas dans la topique mais réside essentiellement en une différence économique telle qu'elle engendre une différence structurale.

En effet Kestemberg rapproche une quantité d'états se formulant sur le mode érotomaniaque (comme les amours de Transfert, les érotisations des positions transférentielles d'amour d'adolescent ou de rêveries amoureuses caractéristiques).

Il insiste aussi sur la pseudo génitalisation de la relation qui assure à la fois le maximum de distance avec l'objet mauvais et le maximum aussi de satisfaction libidinale tolérable.

L'objet est d'emblée vécu essentiellement comme projectif.

L'investissement libidinal narcissique et l'évidence des phénomènes projectifs incessifs situe le processus érotomaniaque dans l'évolution affective du sujet.

Le processus érotomaniaque est une défense contre la néantisation : la relation érotomaniaque protège de la dépression.

La situation érotomaniaque dévient, par le jeu subtil de projection, une relation bipolaire non-authentiquement triangulaire. La mobilisation de toute son énergie libidinale dans la poursuite de l'objet permet au sujet de scotomiser son conflit avec la réalité. Le but de l'érotomane n'est pas la possession imaginaire de l'être aimé.

Il n'y a pas eu e situation triangulaire vraie pour l'érotomane ce qui nous introduit à l'homosexualité de celle-ci mais l'homosexualité pré-génitalisée et archaïque qui attache la mère à l'enfant.

C'est toujours l'objet maternel qui est recherchée dans l'objet de la relation érotomaniaque.

Kestemberg conclut (et nous adhérons à cette conclusion)

que l'érotomanie est en dernière analyse un processus de défense originale contre la néantisation, au même titre que tout délire et au même titre que l'homosexualité primaire.

L'érotomanie est donc un processus spécifique ayant deux buts

1) Evitement du conflit et réassurance narcissique par la possession d'un objet imaginaire ou réel, mais déréalisé

2) Lutte contre l'angoisse de néantisation pour éviter la désagrégation quand la réassurance narcissique est insuffisante.

- Le Processus Erotomaniaque apparait donc comme essentiellement lié à des perturbations des relations objectales primitives, chaque fois que l'évolution de ces relations objectales amène un échec de l'Oedipe et s'accompagne de traumatismes fantasmatiques ou réels, de frustrations importantes, pour conduire le sujet adulte à une solitude vraie, ou, du moins, constamment vécue comme telle. C'est ainsi que l'on peut dire que:"l'érotomanie est une "conduite d'esseulement"...

J.O.Pinel dans sa thèse de 1962 intitulée:"Contributions à l'étude de l'entreprise érotomaniaque" insiste (en s'étayant sur des notions psychanalytiques et sur deux observations cliniques) sur la solitude que l'érotomane préserve, elle est, elle-même, solitude dans la mesure où la qualité fantasmatique des échanges interdit toute accession à l'ordre d'un réel commun.

Il dégage ces propos de De Clérambault :"la fonction de l'objet qui est le support commode d'un leurre dans lequel le malade semble militer activement."

Clérambault répond en nous disant " de certains propos évasifs, de certaines répliques qui échappent, résultent cette notion que, pour la femme, il a une gageure et que dans le conflit imaginaire de deux caprices, elle veut avoir le dernier mot et que son but est moins d'avoir un homme que de l'avoir eu".

Il insiste aussi sur le prestige subjectif ou objectif de l'objet, s'il confère et restitue une identité sociale, contribue dans la diade à rendre l'objet hors d'atteinte, comme pour bien signifier qu'il ne s'agit pas de lui. De même, il traduit bien le caractère frustrant de cet objet malgré tout poursuivi.

Pinel remet en question les mécanismes du délire proposé par Freud à savoir l'inversion de la pulsion, puis la projection.

Il note les points suivants :

1.-) Elle ne comporte pas une inversion de l'objet de la pulsion, puis une projection, mais une négation préalable.

2.-) Cette formule ne permet pas de spécifier nettement la revendication érotomaniaque par rapport au délire de persécution et n'explique pas pourquoi la malade ne se contenterait pas de la formule : "je ne l'aime pas, elle...c'est elle qui ne m'aime pas", formule qui suffirait à nier une homosexualité inassumable et constituerait effectivement le creuset d'une expérience persécutoire et d'une thématique délirante qui garderait sa signification de compromis.

Freud comme nous le savons tous n'a guère illustré ses conceptions sur la psychose que dans l'examen du cas Schreber en introduisant le terme de paranoïa englobant les délires paranoïaques systématisés, les psychoses hallucinatoires cliniques et l'érotomanie et les délires de jalousie ou de revendication enfin le délire des grandeurs.

Un rappel historique doit être fait, semble-t-il, sur la position nosographique de Freud. Il aborde celle-ci selon le schéma de Kraepelin en distinguant la paranoïa de la démence précoce. Sa position se différenciait nettement de celle de Bleuler qui, lui, faisait entrer dans le groupe des schizophrénies la paranoïa (cette position faisant encore école chez les Anglosaxons et notamment dans l'école psychiatrique américaine d'inspiration psychanalytique).

Sans faire fusionner paranoïa et démence précoce, Freud après avoir admis que leurs symptômes pouvaient se combiner dans toutes les proportions a donné à ces structures complexes une explication génétique. Freud, s'écartait de Kraepelin cependant pour rattacher certaines formes paranoïdes kraepeliennes de la démence précoce dans la paranoïa prétextant entre autre que la systématisation du délire n'est pas un bon critère pour définir la paranoïa. Pour Freud, la paranoïa avec les extensions ou les digressions nosographiques sus-indiquées, s'explique dans ses différentes modalités comme une défense contre l'homosexualité inconsciente, qui, ne pouvant plus être réprimée ou maitrisée par le Moi , projette ces tendances sur le monde extérieur (autres personnes ou objets).

L'homosexualité préalablement refoulée réapparait à la conscience sous la forme d'une double négation et d'une inversion qu'il s'agisse du délire de persécution, de jalousie, ou du délire érotomaniaque. Les propositions sont, dans le cas d'un persécuté homme

-1. Moi j'aime un homme
-2. Moi je hais cet homme
-3. Par la projection - Cet homme me hait.

Dans le cas de l'Erotomanie (pour une femme)

-1. Ce n'est pas elle que j'aime
-2. C'est lui que j'aime
-3. qui se projettera ainsi:
C'est lui qui m'aime (ou dans l'articulation plus logique) : Parce qu'il m'aime.

Dans "l'ontologie des conceptions de la Psychose" Freud avait dans un premier temps scindé le sujet avec ses instances (le ça, le moi et le surmoi) et la réalité. Dans la psychose, le moi devient hôte intermédiaire entre la réalité et le ça alors que dans la névrose, le moi et le surmoi (lié à la réalité par "reconnaissance") obéïssent aux exigences de

la réalité pour mieux refouler les exigences ou revendications des motions pulsionnelles.

Dans la Psychose, il y a rupture entre le moi et la réalité, celle-ci devenant une instance de l'appareil psychique et une force autonome particulièrement puissante. Le moi, cependant, reconstruirait une nouvelle réalité, qui serait sous l'empire du "ça" et qui dans un deuxième temps, par le délire, répondrait au désir du "ça".

Par la suite, cette théorie considérée par Freud lui-même comme non pleinement satisfaisante fera l'objet d'une recherche sur un mécanisme tout à fait original de rejet de la réalité, ou plutôt d'une certaine réalité, bien particulière : la castration. Il engage un autre processus psychologique: le désir et une autre hypothèse de travail clinique, le clivage du moi ou "Spaltung"(Splitting)

Le déni est un terme introduit par Freud avec une signification précise : il se rapporte uniquement à un mode de défense autre que le processus de refoulement, se traduisant par un refus de reconnaître la réalité de l'absence de pénis chez la femme. Le mécanisme amènera Freud à l'extension du déni de la réalité extérieure, propention génétique du futur psychotique alors que le névrosé commence par refouler les exigences du ça (traduit en motions pulsionnelles). Le ça fut (rappelons-le) introduit dans la deuxième topique freudienne et exprimé comme hypothèse de mécanisme et de structuration de la psyché après l'avènement du dualisme pulsion de vie / pulsion de mort. Le moi perdant une autonomie identificatoire avec le système préconscient/conscient et devenant la partie du "ça" qui a été modifiée sous l'influence du monde extérieur par la médiation du système perception/conscience. Le ça devient autre chose qu'un système il ne peut se comprendre ou se structurer qu'avec les deux autres instances : le moi et le surmoi. Le "ça" n'est qu'un chaos, il se remplit d'énergie venant des pulsions; cependant l'absence d'organisation du "ça" n'est que relative. C'est devant le fait du dualisme et donc de

l'introduction d'une dialectique pulsionnelle avec motions contradictoires (la vie et la mort) subsistant côte à côte sans se supprimer ou se soustraire l'une de l'autre. Notons ici que cette contiguïté des instances de la deuxième topique freudienne introduisait la psychanalyse dans une perspective naturaliste et biologisante ce qui la fit réfuter ou critiquer par plusieurs disciples et à la fin par son auteur lui-même. La notion de déni introduisant dans son sens freudien, deux fonctions pathologiques du moi : le Fétichisme et la Psychose Freud introduisit une nouvelle hypothèse explicative pour essayer de comprendre cette coexistence entre l'acceptation de la forme réelle, mais son insoutenance dans sa fonction à propos du fétichisme. Le sujet ne pouvait, à la fois, faire coexister au sein du moi deux attitudes psychiques à l'endroit d'une réalité bien extérieure. Le déni mettant à sa place une production du désir, une émanation du ça.

Mais, dans le texte à propos du néoconcept de clivage du Moi, déjà utilisé, presque dans des perspectives identiques c'est à dire :descriptives et explicatives en particulier par Bleuler et Janet, on lit:

" Le Problème de la psychose serait simple et clair si le moi pouvait se détacher totalement de la réalité, mais cela est une chose qui se produit rarement (peut-être jamais). Dans toute psychose, fut-elle la plus profonde on peut retrouver l'existence de deux attitudes psychiques."

Et comme le font remarquer Laplanche et Pontalis, ce clivage du moi, intrasystémique et non pas entre instances permet à Freud d'introduire un processus nouveau entre le modèle "refoulement et retour du refoulé". Ici il n'y a pas de compromis et pas de dialectique.

Nous nous sommes volontairement attardés sur ces notions ayant introduit Freud à désigner ailleurs la psychose : névrose narcissique; narcissisme qu'il nous faudrait délimiter dans sa définition à propos de la fonction narcissique chez l'éroto-

mane. Les connotations sont fréquentes et nous pensons qu'il faut essayer d'éliminer toute ambiguité dans une terminologie empruntée par tous, mais dont les emplois sont parfois si différents que le lecteur ne peut guère traduire notre pensée sans déformation. Nous savons du reste que Freud a beaucoup nuancé le terme de refoulement ou de déni, ce qui permet à J.Lacan l'introduction du terme forclusion comme processus fondamental dans la genèse des psychoses. "Ce terme de Forclusion decouvrant un processus de rejet primordial en particulier d'un signifiant à valeur symbolique (l'exemple fondamental étant le Phallus) hors de l'univers symbolique du sujet."

Ce qui aboutirait - contrairement au refoulement - que les représentations des motions pulsionnelles symboliques (les signifiants) ne sont pas intégrés dans l'inconscient. Ils ne peuvent donc émaner du sujet mais réapparaissent dans le réel et seraient générateurs en particulier de l'hallucination (où la chaine signifiante est en effet hors du sujet, et vécue comme telle).

Ce terme n'a pas été spéculé et entièrement forgé par Lacan mais c'est à partir de l'ambiguïté que Freud avait à traduire les processus incombant à l'avènement psychotique telle que cette phrase de Freud à travers l'analyse de l'Homme aux Loups "On peut douter que le processus de refoulement dans les psychoses a encore quoi que ce soit de commun avec le refoulement des névroses de transfert".

La projection psychotique n'est pas non plus un retour du refoulé dans l'inconscient, mais un processus secondaire - la perception, au départ insupportable, n'est pas intériorisée : il y a refus fondamental d'accepter cette perception en particulier l'acceptation de la mère sans pénis ("la castration") Pour Freud ce déni psychotique empêcherait toute identification valable et le franchissement voire l'abord de la problématique du complexe d'Oedipe. L'oedipification n'existe pas chez le psychotique. Les fixations se font à des stades très archaïques, prégénitaux et ne peuvent aboutir à une struc-

turation de la psyché, avec les surdéterminations amenant au symptôme névrotique à partir d'instances systématisées selon des formules cohérentes.

La notion d'instance chez le schizophrène et le psychotique en particulier (nous l'avons vu à propos du clivage du moi) est difficile à formuler comme pour le névropathe. Il n'y a que processus connotatif à écrire "instances surmoïques" ou pulsions du "ça" ou émanation du moi chez le psychotique.

PREMIERE OBSERVATION

Cette première observation de Mademoiselle Le C. nous donne l'illustration d'une vie amoureuse illusoire ayant entrainé une série de placements dans de nombreux établissements et services psychiatriques et même un emprisonnement.

Melle le C. est la cinquième d'une fratrie de six enfants tous de sexe de féminin. Elle est née en Normandie, d'une famille assez aisée dont le père ne semblait avoir guère comme occupation, hormis gérer une exploitation agricole : courir les jupons! Ce père était distant, avec un caractère autoritaire et des idées politiques très ancrées (prise de position franquiste pendant la guerre civile d'Espagne), il régnait, à la fois despotique et lointain, sur ces sept personnes de sexe opposé et se plaisait à dire "qu'il élevait ses filles à la Jean-Jacques Rousseau." Melle le C. en garde en fait peu de souvenir. Elle le situe dans le "complexe de frustrations". Il mourut d'un cancer généralisé lorsqu'elle était âgée de 14 ans, et ne lui évoque que des scènes familiales, par exemple: "il s'amusait follement à regarder ses petites filles apprendre à tricoter". Contrastant avec ce personnage libertin, et qui ne semblait guère s'offusquer de la transgression des principes socio-culturels de leur milieu, Melle le C. nous dépeint sa mère comme peu affectueuse et rigide, très "à cheval sur les principes", étroite d'esprit, en particulier sur tout

ce qui touchait la sexualité. Cette mère âgée actuellement de 81 ans, vit dans le domaine familial en Normandie.

Deux de ses soeurs sont mariées et mères de famille, une autre est décédée à l'âge de 23 ans, suite semble-t-il à une tubulo-néphrétique aigüe. Ses autres soeurs sont restées célibataires, l'une, l'ainée est actuellement, et ce depuis longtemps en traitement dans un hôpital psychiatrique pour - semble-t-il - psychose paranoïde avec Thématique érotomaniaque. (serait en communication amoureuse depuis 15 ans avec un avocat travaillant dans le midi de la France.) La cadette de la famille vit chez sa mère et ne travaille pas.

Melle le C. a fait ses études primaires et secondaires et a passé ses baccalauréats sans problèmes, puis s'est inscrite en Propédeutique Lettres, option histoire, mais à l'âge de 19 ans, après cette année de Propédeutique, apparition des symptômes, frilosité, brady-psychie, dysménorrhée, oligo-menorrhée, puis aménorrhée, début d'infiltration mixoedémateuse, événement rompant un continuum"sans histoire" selon Melle le C. Le diagnostic d'hypothyroïdie a semble-t-il était fait dans des délais assez longs et d'abord Melle le C. aurait été traitée par des extraits ovariens, qui selon elle, alors "qu'elle avait perdu sa féminité" lui ont fait retrouver un cycle menstruel normal. La prise dans un deuxième temps d'extraits thyroïdiens, lui ont fait retrouver une "apparence normale" cependant elle n'a pas pu reprendre le cours de ses études. Elle passe péniblement un certificat et abandonne définitivement sa carrière estudiantine à l'âge de 22 ans. (Cette évocation de l'irruption de la maladie endocrinienne semble décrite d'une façon incorrecte par Melle le C. surtout dans la chronologie des traitements qui lui ont été administrés.)

Venons-en aux "amours" de Melle le C. et laissons-la évoquer ses "divagations" puisqu'il s'agit d'un terme qu'elle emploie pour annuler ses périples et successions de relations érotomaniaques : " A 23 ans, j'ai fait une pleurésie et alors j'ai commencé à divaguer. J'ai eu une liaison avec un jeune

homme dont les parents connaissaient les miens, c'était un simple flirt, mais on s'était presque fiancés. Mais cela a abouti à la rupture car je me suis trop donnée à lui avant le mariage." (A entendre Melle le C. la rupture serait venue d'elle). "En fait je ne l'aimais pas vraiment, ce garçon était très instable et j'ai connu depuis quantité d'autres garçons. Cependant, je n'ai pas accepté dans un deuxième temps cette rupture et je continuais à correspondre avec lui par l'intermédiaire de mon entourage, et puis il y avait des coïncidences, c'était purement imaginatif mais j'en parlais à toute ma famille."

En fait, ce garçon s'était rapidement fiancé puis marié avec une autre personne et la mère de Melle le C. a fait hospitaliser sa fille à la clinique du Vésinet où une cure de Sakel a été entreprise. "J'ai été angoissée, puis cela n'a pas marché, après en effet je suis tombée amoureuse d'un médecin généraliste, celui-même qui me soignait avant mon hospitalisation en clinique et ceci a duré 5 ans."

Melle le C. évoque ensuite, que le même scénario a bien dû se reproduire 4 ou 5 fois au moins. Pour le premier, le docteur F.: "Il m'avait dit "que j'étais très intelligente alors que c'était d'habitude les filles qui me disaient cela." Je lui ai écrit pendant cinq ans, ma mère ne me fit pas soigner car elle ne voulut pas croire que je travaillais du chapeau, et mon comportement en famille était normal. J'ai eu alors d'autres relations avec d'autres hommes de même des femmes où je croyais voir le docteur F. déguisé. J'ai même eu des relations suivies pendant 6 mois avec un jeune homme mais dès que je lui ai cédé je fus pour lui une toute petite femme... c'était très pénible pour moi c'est moi qui ai rompu m'étant alors aperçu que ce n'était pas le Dr.F.

Ayant un peu d'argent, j'ai quitté mon domicile et ma famille mais étant rapidement démunie, je suis partie d'un restaurant sans payer. Alors j'ai passé trois semaines à la Roquette. Je croyais que le Dr F. payerait derrière moi. Au cachot je vis l'aumônier qui me déclara malade c'est pourquoi

j'ai été de nouveau hospitalisée et mon médecin a été le Dr.B. c'était à l'hôpital de Perray-Vaucluse. Le Dr B. m'a donné des médicaments et j'ai été rapidement guérie. Quand je suis sortie je me suis inscrite au cours Pigier et réconciliée avec ma famille. J'ai gagné un peu d'argent en travaillant à la Guilde du Disque, puis je suis retournée avec ma mère peinée de toutes ces choses, de plus qu'entre 28 et 30 ans, j'étais persuadée (et je le lui ai dit) - c'était une intuition - que j'étais une enfant naturelle de Monsieur de M. qui n'avait du reste existé que dans mon imagination. Je sais pourquoi j'ai eu cette intuition : à 15 ans (peu de temps après la mort du père de Melle le C.) j'ai appris qu'un de mes cousins ne vivait pas avec son vrai père, ceci est un secret de famille, que seule ma mère ne sait pas. On ne lui dit jamais rien pour ne pas la bouleverser". Ensuite Melle le C. travaille trois mois au Crédit Lyonnais à Paris, elle est alors suivie régulièrement au dispensaire par un interne du service du Dr B. et elle prend ses médicaments avec beaucoup de précautions. "A 34 ans, nous raconte Melle le C. pendant les vacances, je suis partie en Grèce avec ma nièce, plus jeune et plus jolie que moi, elle avait 22 ans. Or la vie en Grèce n'était pas chère à cette époque, nous y sommes restées six semaines au lieu de trois, si bien que je n'avais plus de médicaments. Nous sommes tombées amoureuses toutes les deux du même homme, moi je pensais mariage mais il épousa ma nièce, c'était un Anglais et le mariage s'est fait à Londres. Pendant deux ans j'ai cru que ce mariage n'avait pas existé, j'ai écrit de nombreuses lettres d'amour. J'ai même été en Angleterre et j'ai fait du scandale. Deux ans sans soins, alors j'ai été hospitalisée, puis de nouveau guérie." A noter, ajoute-t-elle qu'"à l'âge de 32 ans, j'ai eu une courte hospitalisation, suite à l'illusion d'être aimée par un moniteur de colonie de vacances de 11 ans plus jeune que moi...Puis une autre histoire dans mes divagations, j'ai été amoureuse d'un prêtre qui s'était transformé en l'archevêque de ...mais c'est plus ancien dans mon esprit, je ne

suis même pas sûre que ce prêtre ait vraiment existé. A 36 ans j'ai fait des études de Bibliothécaire, si bien que j'ai trouvé un poste de bibliothécaire-adjoint au Havre. A ce moment-là j'étais suivie par une femme-médecin le Docteur L. qui m'a guérie, sans m'hospitaliser, de mon épisode avec le prêtre" (plutôt nous évoquera-t-elle de cette homme "fantôme" qui avait pris l'habit d'un prêtre, lui-même ressemblant à un archevêque et aussi à l'aumônier du centre Richelieu qu'elle fréquentait alors). Pourquoi alors Melle le C. se retrouva de nouveau dans un service asilaire? En fait, depuis trois ans elle est amoureuse du Dr. B. qui la connait bien puisque c'est lui qui l'a soignée il y a 10 ans. Elle date le début de son amour pour le Dr B. à environ trois ans plus tôt. Quand on lui pose la question :"Mais quand est-ce que cela a commencé pour vous et éventuellement comment?" elle répond alors immédiatement:"j'ai cru, je crois toujours qu'il veut m'épouser, il correspond avec moi par mon entourage, je ne sais pas pour lui quand cela a commencé mais pour moi la certitude date d'il y a trois ans."

Lorsqu'une nouvelle question lui fut demandée à propos de cet amour elle répondit:"Comment peut-on aimer quelqu'un, si on n'a pas la certitude qu'il vous aime aussi?"...Devant cette argumentation que nous pouvions nuancer, le débat fut clos par la remarque:"Qu'est-ce que vous voulez, je suis faites comme cela, on a le droit d'aimer comme on veut n'est-ce pas ?"

Venons-en au pourquoi de l'hospitalisation.

Pour se rapprocher du Dr.B Melle le C. est venue à Paris abandonnant son poste de Bibliothécaire (du reste sans attendre la durée du préavis, ni faire aucune démarche pour se mettre en règle avec son employeur ou la sécurité sociale).

Elle aurait essayé de trouver un poste à peu près similaire à Paris, mais en fait n'en avait guère l'envie vu "que le Dr B. m'a bien fait savoir qu'il fallait que je lui prouve que j'étais digne de lui par ma bonne conduite et guérie de surcroît; et aussi que je dépense rapidement mon argent, car ensuite je le verrai". Alors Melle le C. a fait un chèque de

5.000 Frs (Nouveaux) pour le secours catholique. Mais elle a "douté". "J'ai cru que je le verrais, qu'il ne me laisserait pas tomber, il ne peut me laisser dans la rue".

Cependant, suite à ce don bénévole, Melle le C. très anxieuse, vient d'elle-même se présenter au C.P.O.A. où elle explique sans réticence tout ce qui s'est passé à Paris. En fait "J'ai quitté Le Havre pour épouser le Dr.B. Il est divorcé depuis un an et 4 mois. Pour venir à Paris, j'ai pris comme prétexte (nous pourrions nous demander déjà prétexte envers qui?) de suivre des cours pour avoir une fonction plus élevée dans mon métier, mais je suis "flemmarde" et cela m'ennuyait aussi de travailler. Après ma bétise pour le chèque,(bétise était employé non sans hésitation comme pour donner un ton normal à son discours) j'ai préféré me faire hospitaliser chez le Dr.B. Je pensais qu'il me prendrait dans son service, du reste j'allais y voir ma soeur presque toutes les semaines et comme c'était le dimanche, je n'ai pas pu rencontrer le Dr.B. ces derniers temps. La dernière fois c'était à une consultation il y a 6 mois environ...Je ne lui ai pas déclaré mon amour, lui non plus, c'était évident à son comportement qu'il m'aimait...

A son entrée dans le service du Dr.F . adjacent au service du Dr.B. il est noté: Melle le C. se présente anxieuse, perplexe mais souriante, sourire s'éclairant cependant en légère discordance sur son visage. La sthénie et la présentation pour le moins "honnête" semblant (avec cet arrière-goût de fausse assurance), en fait, traduire un assez profond désarroi qui pouvait être tout autant motivé, soit par le fait qu'elle ne se trouve pas dans le service du Dr.B. Mais aussi parce que ce dernier n'a nullement donné signe de vie (le doute n'avait pas une seconde émergé avant la signature du chèque). On ne note par ailleurs aucun trouble du cours de la pensée, aucun élément de la série dissociative, l'orientation temporo-spatiale et le jugement sont parfaitement conservés, aucune attitude dans son comportement ne peut laisser soupçonner une éven-

tuelle activité psychosensorielle parasite. Aucun maniérisme, si ce n'est un tabagisme assez effrené et coûteux lui faisant porter aux lèvres incessament un fume-cigarette qu'elle garnit immédiatement et avec toujours les mêmes gestes dès que la cigarette précédente est achevée. Sa présentation vestimentaire est des plus strictes, de même que sa coiffure et aucun maquillage ne cherchent à dissimuler les rides accusant le poids des années ou leurrer sur la vérité de ses traits. C'est une femme assez petite et forte, à l'esprit et au regard vif mais fuyant, sans camouflage, ni"cache-misère", ne cherchant ni à séduire ni à convaincre, gardant une attitude passive, avec une attention assez variable. Elle laisse toujours se terminer les entretiens dans l'expectative : "verra bien qui verra le dernier".

Pas la moindre ébauche de critique, elle justifie ses velléités amoureuses avec beaucoup de pertinence et, seule selon elle, la thérapeutique psychotrope peut la faire démentir. En effet pour elle le seul critère pour savoir si ses idées n'étaient "qu'élucubrations" est en quelque sorte l'épreuve psycho-pharmacologique.

Très rapidement Melle le C. s'est installée dans un état quasi végétatif, en effet ses seules occupations ne sont guère que de fumer cigarette sur cigarette, lire quelques revues et se promener dans le jardin du pavillon, en s'arrêtant fréquemment vers le mur d'un bâtiment occupant la majeure partie d'un des côtés du jardin.(Ce mur n'était autre que celui d'un des pavillons du service du Dr.B.) Aucune relation suivie n'est établie, que ce soit avec les infirmières ou d'autres malades. Elle garde une distance polie, et seules quelques conversations "sur la pluie et le beau temps" traduisent sa présence. Aucune confidence dictée par voie orale n'est partagée avec les autres personnes qu'elle côtoie pendant tout son séjour. Son nom disparait donc rapidement du livre sur lequel est inscrit un rapport quotidien sur le comportement des personnes hospitalisées. Elle "patiente" et si le chèque a pu être récupéré, elle pense que ses besoins en cigarettes et le paiement des loyers de son

logement et des différentes charges annexes finira par épuiser son compte en banque ce qui la replacera grâce à nos bons soins dans la même situation qui a motivé son auto-placement.

Les entretiens s'espacent, se font le plus souvent à la demande de Melle le C. soit pour bénéficier d'une consultation stomatologique, soit pour demander des permissions afin de régler ses affaires ou quittances de loyer qui pouvaient en effet s'accumuler à son domicile. Nulle intention pourtant d'aller voir sa soeur; elle profite par contre des permissions accordées pour faire de longues promenades dans Paris et visiter des expositions ou des musées.

Un incident cependant vient rompre cette apparente monotonie et institutionalisation passive. De retour de permission elle fit brutalement irruption dans les bureaux du secrétariat et exigea sa sortie immédiate et définitive avec beaucoup de véhémence. Elle ne donnera aucune motivation à ce comportement impromptu et explosif, elle s'excusera au contraire de ses débordements et ce tant auprès des médecins que des infirmières. A partir de ce jour les permissions sont supprimées. Etait-ce son intention? N'oublions pas que Melle le C. avait ce long passé asilaire qui lui faisait connaître les lois régissant un service psychiatrique traditionnel, ou seules les permissions des médecins donnaient accès à l'extérieur.

Après cet incident la reprise de son statut institutionnel, malgré la méfiance éveillée à son égard, est immédiate, elle redevient passive, neutre, demandant cependant:"Si, nous avions une idée de la date de sa sortie". Aucune sanction thérapeutique ne fut prise comme une majoration des doses ou un bref traitement par injection. Après avoir situé ainsi Melle le C. dans son nouveau cadre institutionnel, laissons-la de nouveau s'exprimer à travers un courrier assez peu fréquent mais régulier destiné au Dr.B., disposé dans une enveloppe, sans timbre, toujours ouverte, avec la seule mention dans un coin de l'enveloppe "personnelle". Elle remettait ces lettres aux infirmières, nous offrant ainsi l'illusion d'une entière

confiance envers ses gardiens et gardiennes. On peut imaginer que ces lettres comportaient un message à transmettre à l'objet mais qu'en fait ce message semblait beaucoup plus destiné à ceux qui l'interrogeaient. Donc message ne signifiant que sa seule préoccupation était en effet, en dépit de nos critiques et dénis le futur rapprochement avec l'objet."Ils vont bien comprendre que j'aime toujours autant le Dr.B. mais aussi bien sûr, jubiler de voir à quel point nos buts sont différents". Le nôtre s'accordant sur le fait que Melle le C. devrait, quelles que soient ses prétentions amoureuses, ne pas devenir cette proie facile qu'est l'être démuni, traduction de notre inquiétude de voir arriver prochainement l'être désocialisé, sans travail et sans logement. Nous nous rendions aussi bien sûr complices, nous prolongions le quiproquo qui nous unissait sans aider bien sûr les solutions. Notre fonction d'objet intermédiaire - avec les antécédents de Melle le C. d'objet de remplacement - devait certainement dans l'économie psychique de la malade avoir une importance considérable. Nous y reviendrons. La première lettre fut écrite huit jours après son arrivée à l'hôpital. Cette lettre comme toutes les autres, est assez brève, l'introduction en étant comme pour toutes les autres :"Mon Chéri" et la phrase terminale aussi sur le mode stéréotypé:"de tout coeur vôtre" signé par son prénom. Lisons cette première lettre :"J'ai envie d'être libre. J'aime beaucoup Heidy et j'espère que la lettre qu'elle m'a confiée est bien partie, je serais désolée de perdre sa confiance mais c'est un moulin à parole...". Arrêtons nous ici car il semble que ces premières lignes sont extrêmement complexes ne serait-ce que par leur ambiguïté."J'ai envie d'être libre" : serait-ce un reproche au Dr.B.? n'est-ce pas lui qui n'a pas su se présenter, et qui a provoqué son désarroi et la privation de sa liberté? ou alors est-ce un appel?:"je vous supplie, laissez-moi seule, je n'ose pas vous dire que je souffre trop, et ne tolère pas cet état, alors rendez-moi cette liberté que je n'ai plus depuis que nous nous aimons."...?

"J'aime beaucoup Heidy", Heidy était le prénom d'une jeune femme d'origine autrichienne dont le comportement à l'intérieur du service était qualifié de turbulent, avec un perpétuel jeu de séduction dirigé sur tous et une dose d'exibitionnisme assez patent, elle était la personne en "vogue"prête à comprendre tout le monde pour mieux identifier ou superposer et projeter ses problèmes qui n'étaient pas minces."J'aime beaucoup" peut sembler un peu hypertrophié dans sa qualité de message affectif (nul "je vous aime beaucoup" ne viendra s'inscrire dans les écrits de Melle le C. destiné à l'objet). Bien loin d'insinuer ici les tendances homosexuelles de Melle le C. ce qui serait une interprétation hâtive et arbitraire. Nous inscrivons ici cependant deux faits : d'une part le fait que Heidy traduisit ses tendances homosexuelles par de nombreux passages à l'acte dans le service et ce, non sans scandale; souvenons-nous de cette phrase que Melle le C. prête au Dr. F. qui fut son premier objet d'"amour": "il m'a dit que j'étais très intelligente, alors que c'était d'habitude plutôt les filles qui me le disaient." Nous noterons aussi qu'elle ne voudrait :"pas perdre sa confiance". Veut-elle situer cette fameuse Heidy dans une relation affective assez proche de celle qu'elle essayait d'obtenir avec le Dr.B.?

Mais elle s'inquiète de savoir si la lettre était bien partie. Sachant pertinement que nous étions les premiers à lire les lettres, Melle le C. ne nous signifiait-elle pas, d'une part, qu'elle transgressait la loi qui veut que le courrier passe par le bureau de la surveillante du service et que par contre, elle nous fait don de ses lettres adressées au Dr. B. : ces messages écrits nous sont donc bien destinés ou au minimum devaient être lus en premier par ses "gardiens". Elle avait posté la lettre de Heidy, mais à quoi bon la sienne . Nous devenions les collaborateurs universels et la suite de cette lettre vient bien nous l'affirmer, il n'est qu'à la lire "je n'ai pas grand'chose à vous raconter. Le Dr.F. est intelligent, le contraire serait étonnant et il a de l'allure. Le Dr.X. est peut être très gentil mais il est un peu jeune. Ce

Ce qui est amusant, c'est que depuis qu'il est question que nous nous épousions un jour, le prestige du médecin-chef que vous êtes a grandi, et par analogie le prestige de tous les médecin-chefs. Tandis que nous,nous étions mutuellement indifférents vous ne m'impressionniez pas du tout..."

Melle le C. situe donc les liens qu'elle attribuera à chacun d'entre nous. Ces liens sont d'emblée, par analogie, de par le titre équivalent, immédiatement dirigés sur le médecin-chef du service (ce qui viendrait tout à fait s'adapter au caractère orgueilleux nécessaire à une relation érotomaniaque). N'y a-t-il pas aussi, outre la tentative de séduction, un certain désir de rendre jaloux le Dr.B.? ne serait-ce que pour qu'il se manifeste. Ce qui serait alors nous conduire aux réflexions suivantes : que les érotomanes sont vraiment des passionnels"étourdis"par le drame de leur relation vue la naïveté dans la manière d'aiguiser cet éventuel sentiment de jalousie de l'objet, naïveté contrastant avec la finesse d'esprit caractérisant comme nous l'avons déjà signalé Melle le C. Perdrait-elle tous ses talents et dons intellectuels pour tomber dans les écrits amoureux adolescents et même quasiment infantiles ? Que les érotomanes ne soient pas en possession de "l'art d'aimer", toute la littérature sur ce sujet semble en effet le prouver et les font rapprocher des hystériques, insatisfaites mais perpétuellement obnubilées par un besoin de séduire ; cette séduction n'aboutissant jamais à la réalisation d'un échange amoureux amenant à la jouissance ou à la satisfaction. Le message du désir étant toujours au départ soit travesti, soit inversé dans sa signification. Le but "n'est jamais traduit avec sa signification d'être humain du sexe opposé désiré ou désirant". Le but, comme dans toute la pathologie de la sexualité étant finalement inaccessible, soit par défaut, soit par la méthode d'approche (le moyen) et parfois par la définition même de ce but. Nous reviendrons sur le problème de l'érotomane et de l'"art d'aimer" et notons d'emblée que celui-ci n'aurait pas besoin d'exister pour satisfaire l'équi-

libre précaire de la relation érotomaniaque : de par l'inversion :"c'est lui qui m'aime et lui qui a commencé le premier" comme nous l'indique le postulat. Disons cependant ici que l'adaptation sociale toujours bonne et présente chez l'érotomane, nécessitant le maniement subtil des situations relationnelles, semble s'anéantir, découvrir une carence, un vide quand il s'agit de produire une relation amoureuse biunivoque. Le drame s'épanouira dans la naïveté et l'infantilisme et aussi par l'immixion de processus morbides que nous allons bientôt évoquer;ceci pour la phase d'espoir. Puis l'agressivité, la quérulence et la poursuite aliénante de la phase de dépit (et non de désillusion) et enfin une phase de haine, de rancune où rarement l'érotomane échappera au destin du personnage dangereux pour lui-même et pour les autres.

Venons-en à d'autres extraits de lettres qui furent, nous l'avons indiqué, toutes adressées à l'objet, ceci pouvant être motivé par l'isolement social et affectif total de Melle le C.. Melle le C. n'avait pas d'amis mais une soeur à laquelle elle ne demandera aucun secours, mais qui viendra la visiter. Cette soeur ne nous apportera guère de détails sur l'habitus ou le comportement de sa cadette, ce en particulier durant sa jeunesse ou son adolescence. Il nous a semblé que cette soeur "par mesure de protection" ait eu beaucoup de réticences à évoquer un passé où elle fut liée à Melle le C. dans leurs relations familiales et sociales, et que l'invalidation flagrante, car de longue date, de cette dernière, ait facilité en quelque sorte ce rejet ou tout au moins cette ambivalence; ainsi son attention ne s'est plus guère fixée sur la conjoncture actuelle et les moyens de la tirer de ce mauvais pas sans se "mouiller". De plus n'y a-t-il pas une autre soeur, plus malade encore car semblant destinée à passer sa vie entière à l'asile parce que ses symptômes semblent se traduire beaucoup plus dans les registres de la schizophrénie à forme paranoïde. Ceci se manifesta donc par des visites peu nombreuses excusées par une faible disponibilité (elle est

mère de famille et demeure assez loin de l'hopital) et seule une petite aide matérielle et une invitation montrèrent qu'elle n'était pas vraiment entièrement rejetante.

Hormis cette soeur, il y a la mère de Melle le C. qui jamais ne se manifestera ne serait-ce que pour prendre de ses nouvelles, s'informer auprès des médecins ou déplorer cet état de fait. Sa vieillesse, confinant à une certaine impotence et son éloignement géographique relatif, peuvent-ils suffire à justifier cette absence, car nous sommes sûrs qu'elle fut prévenue?

La troisième lettre semble confirmer cet appel fait au medecin-chef du service et commence en ces termes:"attendez-vous une lettre de moi parce que j'ai fait de l'oeil au Dr.F.? J'en ai été la première étonnée..J'avais essayé de le faire quelquefois devant une glace et je n'y étais jamais arrivée. Une fois, comme hier au Dr.F., je l'ai fait sans l'avoir voulu, je ne sais plus à qui. Hier j'avais seulement l'intention de dire bonjour." Nous laisserons ici béant car l'avons déjà érigé comme principe tout le champ d'interprétation de ce texte pourtant riche en matériel. Cependant Melle le C. nous indique qu'elle n'aurait jamais su pratiquer ce jeu de séduction et nous référant aux écrits de J. Lacan à propos du "stade du miroir" il nous indique que "celui qui se regarde dans ce miroir cherche l'image réfléchie de l'Autre". Mais lorsqu'il faut jouer le "jeu de la séduction" le miroir, même si l'intention est en effet traduite socialement par un apprentissage tout à fait culturel, le reflet attendu, le derrière la glace devient plus que jamais l'illusion de se voir dans le champ duregard de l'Autre .La fonction narcissique de ce jeu spéculaire n'a pas ici de qualités auto-érotiques. La satisfaction de la visualisation de l'image réussie comme image séductrice et séduisante vient beaucoup plus se fonder quand cette illusion transforme et métamorphose cette image en l'image de l'Autre devenu alors séducteur et éventuellement séduit. Il s'agit d'un jeu spéculaire moins

archaïque que celui de l'enfant structurant une image corporelle et essayant de traduire le "je" en "moi différent des autres" et l'introduisant alors comme sujet prêt au jeu et à l'activité préverbale.

Comment pouvons-nous expliquer cette tentative de séduction ici encore naïve dirigée vers le Dr.F. En premier lieu remarquons que la séduction ne fait pas partie classiquement du registre du comportement de l'érotomane car si nous admettons le postulat : l'autre est déjà séduit et objet désirant.

Invoquerons nous ici une fois encore une tentative pour rendre jaloux l'objet? Elle l'infirme par ses propres propos écrits.

L'explication ne serait-elle pas alors (et il s'agit là d'une hypothèse) que la distance nécessaire avec l'objet soit entretenue, et comme nous l'évoquerons plus loin, cette distance ne va pas se traduire, lorsqu'on est en phase d'espoir sans des besoins ou artifices secondaires, nous introduirions même le mot "échappatoires". Ceci se manifestant par des phénomènes tendant à annuler la crainte de séparation ou de rupture "car ne l'oublions pas même si le support est réel, la relation est imaginaire et l'objet n'est que fantasmatisé, sinon fantasme ou "fantôme". Cette crainte nécessite l'immixion dans le vécu, de substituts, d'objets intermédiaires, qui pourraient bien devenir, dans le cas de Melle.le C., l'objet de rechange.

Au minimum nous introduirons ici que la phase d'espoir ne peut guère s'équilibrer dans la béat tude et l'expectative et que Melle le C. en proie à son imagination a besoin de fixer ou d'adapter ses images à une réalité aliénée et destituée de son contenu gratifiant, ou, au contraire mortifère avec toutes les nuances intermédiaires (A sa propre aliénation vient s'ajouter une aliénation seconde, due à l'internement l'obligeant à une adaptation brutale aux exigences de la réalité asilaire. Par delà les troubles de la suggestivité le malade mental est aussi aliéné au second degré parce que la maladie est institutionalisée dans un espace social que lui imposent

les déterminations majeures de la solitude malgré la promiscuité, la dépendance, la soumission et le statut carcéral de l'asile.

Pour en revenir à l'imagination de Melle le C. et tenter de justifier ce que nous venons d'affirmer, au cours d'un entretien où il fut question de diminuer, voire de supprimer toutes médications psychotropes, celle-ci nous répondit:"C'est comme vous voulez mais je ne vous garantis plus rien des éventuelles conséquences, des débordements de mon imagination!"

Revenons à la suite de cette lettre, après avoir exprimé sa satisfaction d'être sortie en permission et l'espoir de voir bientôt le Dr.B., elle s'interroge et l'interroge :"quant à Madeleine (qui est le prénom de la soeur qui lui rend visite) cela ne m'étonnerait pas qu'elle vous ait fait des avances avec l'intention de coucher avec vous, elle a le naturel très chaleureux , pas comme moi entre parenthèses! Enfin je crois que je préfère que vous vous méfiiez trop que pas assez".

Avant de commenter, sachons que cette lettre était précédée d'une autre rédigée ainsi:"je suis complètement apathique à l'hôpital. Samedi avec Madeleine et Marcel, j'ai eu l'impression de redevenir moi-même. Je ne saisis pas du tout pourquoi on me garde ici, qu'attendez-vous pour me laisser sortir? La période où je me souvenais de vous est passée, je vous ai presque complètement oublié ce qui n'empêche pas que j'attends avec impatience le moment où je vous reverrai. Je disais la semaine dernière que je n'étais pas malheureuse mais je commence à le devenir"... Nous ne nous attarderons pas ici sur ces précédents propos écrits sur la fonction de l'image ou sa qualité comme support de la relation mais nous comprendrons sûrement mieux la suite de la lettre précédente. Ces lettres nous montrent à quel point Melle le C. est seule et qu'à la limite elle ne fait que s'écrire. Cette phase d'espoir est en fait chez elle période d'oscillation dépressive et de regain d'énergie.

Ici le personnage de sa soeur qui lui a donné l'impression

"de redevenir normale" s'inscrit aussi comme séductrice "n'y allant pas par quatre chemins", elle va droit au but, et cette image de soeur normalisante et donc normale devient beaucoup plus dangereuse, et rivale vis-à-vis de l'objet au point que Melle le C. conseille à ce dernier d'être méfiant. Elle ne pourrait pas répondre à l'image de l'être chaleureux, elle devient "entre parenthèses". Ceci peut nous introduire à deux problèmes posés par l'érotomanie :

Le problème de la féminité de l'érotomane.

Le problème toujours posé de la chasteté de ces femmes.

Problèmes qui bien sûr ne se soulèvent guère lorsque nous avons affaire à des femmes mariées et souvent mères de famille bien que ces dernières, dans cette situation ne présentent l'image de leur couple et de leur mariage non par un déni (la dénégation par contre est flagrante quant à la situation maritale de l'objet ce qui nous ramène au problème de la projection) mais comme une sorte de mariage blanc, de liaison non consommée, tel le cas de cette femme que nous avons eu à traiter, mariée depuis de nombreuses années et mère de deux enfants, qui avait lié une relation érotomaniaque très vive avec un médecin et qui nous expose sa vie et son expérience conjugale en ces termes : "J'étais jeune et je me suis laissée entrainer, je ne savais pas ce que c'était, je n'en garde aucun souvenir précis"...Et lorsqu'on lui demanda d'évoquer la rencontre avec son mari sans préciser ni la première fois où ils se virent, ni leur première nuit amoureuse, la réponse fut immédiate:"c'est comme s'il n'y avait jamais eu de première fois".

Certes le mari de cette malade ne se présentait pas comme un personnage "Haut en couleurs" mais était-il comme veut les encadrer le Docteur Perrier dessiné avec les points communs retrouvés soi-disant pour tous ces maris :"ils ne sont pas aimés. Ils sont trop soucieux de leur personnage d'hommes pour n'être pas sourds ou indifférents à ce qui vient de leurs épouses : une certaine Foi féminine dans le Bonheur de

la Femme, à partir d'une condition de Virilité bien comprise comme source d'Amour et de Vérité. Erotiquement ces hommes routiniers, peu inventifs, impudiques et besogneux n'ont pas su faire excuser leur bonne conscience libidinale. La légende de leur dessein amoureux est plate comme des bouts-rimés. Ils paient leur dette à la tendresse comme une traite à un organisme de crédit. Ce plaisir qu'ils prennent, si ils veulent en outre le donner ils le guettent ou le réclament non sans niaiserie...Et le bonheur se fait absent."

Nous aimerions demander au Docteur Perrier : est-ce à partir de l'évocation par des patientes érotomanes qu'il a eu à soigner qu'il dépeint sans les épargner ces maris si ambigus?

Est-ce dans la situation transférentielle qu'il a eu à s'identifier ou à identifier l'absent de la relation analytique c'est à dire le mari?

Bref, ces maris seraient de petits névrosés obsessionnels sans saveur ni envergure laissant à leur épouse le champ ouvert à l'adultère, auquel les érotomanes, toujours d'après le Docteur Perrier, ne refusent pas une éventuelle possibilité car:"elles ne se présentent pas comme les idéologues de l'amour chaste mais elles n'acceptent pas l'amant même quand elles en acceptent les propositions."

Nous pensons en effet qu'il aurait été bien singulier de découvrir des femmes érotomanes aimant leur époux ou pouvant supporter le poids de l'adultère en même temps que le fardeau de leur relation érotomaniaque. Il serait vain d'affirmer (ce que le Docteur Perrier ne fait pas) que la relation érotomaniaque est conséquence dans certains cas d'une première félicité sans relief ou que l'exigence de l'érotomane (qu'il nous reste à cerner) aurait pu trouver lieu dans une relation amoureuse à condition de tomber sur le bon époux. Nous nous permettons de ne pas nous perdre sur le terrain indéfriché de la sociogenèse de la psychose ou des déviations pathologiques mentales de l'être humain. Car si ce terrain n'est pas abordé

dans l'article du Docteur Perrier, nous y avons perçu une ouverture et une perspective sociogénétique qui s'inscrivait en filigrane dans ce réseau trop bien structuré et qui lui a permis l'émergence et la découverte d'une formulation de l'érotomanie en apparence sans faille dans sa composition.

Maintenant essayons de situer les érotomanes dans le champ de la sexualité féminine, ce que nous avons appelé l'érotomane et la féminité. Qu'elle soit vierge peu nous importe, et il n'est, semble-t-il point besoin de nous expliquer sur la raison de cette indifférence.

Mais quelle pourrait être sa situation dans le champ du Désir? en est-elle absente, car enfatuée par l'orgueil et la mégalomanie? est-elle emputée de sa fonction de désirante ou de désirée? Introduisons ici un article traitant de la féminité, bien sûr le style diffère de ce qui a précédé et la terminologie devrait s'accompagner d'un index:

..."L'homme se veut capable d'un désir autonome, d'un désir à l'état brut face auquel, il faut l'avouer la femme fait figure d'objet interchangeable et pourquoi ne pas le dire dès maintenant de "a" (objet partiel)...Il y a là la recherche d'une réassurance dont il a périodiquement besoin d'éprouver le bien fondé en échos d'une menace de castration dont il gardera à jamais les cicatrices. Ce qu'il tente de nier face à la femme c'est son rapport à cette castration dont la mère a été la première à faire surgir le spectre. S'il faut l'amour pour que le désir soit, alors sa supprématie phallique se découvre assujettie au bon vouloir de l'autre : la femme se rapproche de la place interdite qu'avait la mère, celle dont le manque risque toujours de référer au néant son rôle de désirant si toute femme sans qu'elle ait son mot à dire et quel que soit son désir, suffit à ce qu'il puisse s'affirmer maitre du désir, alors la menace maternelle était vaine...C'est la femme anonyme qui vient prendre la place de "a", rempart illusoire mais efficace contre les affres de la castration...

La position pour la femme est inversée. Elle se dira tou-

jours partisane de l'amour unique, de la Fidélité. Dans une tentative de nier la possibilité de désir pur, l'amour devra toujours lui servir d'alibi (je désire parce qu'on m'aime. Ce qui revient à dire que quelque chose s'oppose à ce qu'elle se conçoive pour l'autre comme objet de désir, et non comme objet d'amour. Et pourtant il n'y a pas d'analyse au cours de laquelle ne se profilent un jour ou l'autre l'horizon ou la fascination de la prostituée : celle qui apparait imaginairement comme le pur lieu de plaisir...Plus les vices qui lui font horreurs :"mais comment peut-on faire de telles choses!" et que son imagination dote des raffinements les plus extrêmes sont choquants, plus elle suppose merveilleuse, unique, la jouissance de l'autre. Plus elle sera souillée, déchue, plus elle se révélera éclatante en tant que dispensateur de Jouissance.

Nous voyons ainsi que c'est pour autant qu'elle fait coïncider la position masochiste avec l'objet de jouissance par excellence (la femme déchue, souillée, la prostituée) qu'elle est prête à s'y laisser captiver imaginairement."Quelquechose" vient lui dire que la jouissance fantasmatiquement tout au moins peut se soutenir pour l'homme de ce rejet sur l'autre de l'objet du manque, de ce qui est supposé choir dans la relation de l'amour, de ce "a" qui venant s'incarner dans la réalité de la femme, peut se faire pour l'homme que sa castration est à jamais vaincue.

Elle sait aussi que prendre cette place est ce qui peut faire basculer la relation du registre du désir comme de l'amour à celui de la passion avec tout ce que ce terme suggère d'unique, d'irremplaçable et de référence à la mort." (Dr. Piera Aulagnier)

Nous pensons que l'introduction de ce texte situant la position du désir chez l'homme et chez la femme peut nous permettre d'inscrire que "l'illusion" du désir de la femme n'est pas un vain mot, et qu'elle doit en effet passer par le désir de l'autre pour avoir le droit d'accès à la jouissance de par

la problématique de la castration et sa position identificatoire supportée par l'image de la mère (la présence du "a"). Le fait que chez l'érotomane tout semble se formuler : il est épris de moi donc il me désire, cette dernière n'apporte pas sa contribution en consentant à se faire l'objet du désir de l'autre. Il n'y a pas inversion vraie mais l'incarnation de la relation impossible lui permet peut être d'annuler cette position de pur objet. Position qu'elle pourrait ne pas accepter par la frigidité remettant en cause malgré l'anormalité de cette situation, l'omnipotence de l'homme obligeant ce dernier au moins à douter de ses facultés comme dispensateur de la jouissance. De même elle pourrait déjouer cette position par la perversion ou l'homosexualité patente où nous retrouverions alors la trame passionnelle de la relation. Il faut sûrement situer le point d'origine de la structure érotomaniaque dans sa fonction de sujet désirant - désiré antérieurement à la découverte de l'absence phallique, mais n'est-il pas remarquable de voir que la femme érotomane réussit par le biais d'une relation délirante à soutenir sa croyance dans le regard omniprésent de l'objet et d'être ainsi la désirée de toujours (bien qu'elle soit l'objet du manque).

Melle Le C. nous offre ici vraiment l'évocation morbide de cette situation qui ne peut se faire que par un déni de la réalité ou une fiction délirante de cette réalité dans l'espace qui la sépare de l'objet (ou l'intrusion d'un sujet normal comme sa soeur chaleureuse et prête sans restriction à se donner à son objet) vient faire donner à ce dernier la qualité de personne méfiante ne se laissant pas abuser ni berner. La particularité est peut-être ici qu'elle le formule comme un ordre fait à l'objet laissant supposer qu'elle a du subir les affres du doute et nous laissant percevoir la fragilité de sa construction imaginaire. Plus tard elle nous évoquera les qualités qu'elle attribue au Dr.B. et qu'elle juge nécessaires et obligatoires, sa haute valeur morale en particulier dans son métier, elle laisse ainsi entendre, en effet qu'il serait

facile pour le Dr.B. de se laisser séduire et de répondre à la séduction; il est remarquable de souligner ici la réticence extrême qu'elle a pendant tout son internement à évoquer l'image de sa soeur hospitalisée dans le service du Dr.B.. Cette soeur n'a sûrement pas pu à un moment ou à un autre être un objet d'identification, ne serait-ce que partiel, car elles sont toutes deux élues dans des fonctions asilaires comme folles et pour des "maladies" fort semblables. Cette soeur devient donc une autre rivale dans la virtualité de cette fiction imaginaire, rivale d'autant plus dangereuse qu'elle devient vraie dans la réalité du discours de nos entretiens.

Mais à la suite de la lecture de lettres de Melle Le C. et des aveux qu'elle nous a fait avant sa sortie, nous allons voir que ce "rêve éveillé" ne peut se soutenir sans un remodelage purement imaginaire de cet "espace" la séparant de l'objet. Il lui faut autre chose. Le discours et la dialectique du sujet avec un environnement auquel elle peut s'adapter qu'elle peut juger et critiquer sans rigidité ni optusion (le contraire nous évoquerait une mutation paranoïaque de la structure avec extension du réseau et rationalisation délirante plurifocale rendant alors le dialogue intraduisible sans avoir recours à la fonction projective toute-puissante et suraliénante retrouvée chez les psychotiques paranoïaques). Lisons cette dernière phrase écrite un mois après son hospitalisation :"...si vous attendez quelquechose de moi, faites-le moi comprendre plus clairement parce que tout de suite je nage...".

Ensuite le début de cette lettre écrite peu de temps après et bien sûr toujours adressée au Dr B. :"...est-ce vous qui vous êtes arrangé pour cette allusion au Club Méditerranée sur la table? Est-ce pour me donner des idées de voyage, les pays de soleil sont évidemment très tentants mais avec tout le largatrex que je prends, je me demande si je pourrais le supporter..." Or dans une lettre précédente Melle le C. avoue que son séjour n'est supportable que grâce à de petites occupations telles que lire, fumer et jouir du soleil.

Nous avons donc l'impression que l'équilibre est légèrement rompu. Son impatience se dévoile dans ses écrits mais nullement dans son comportement. Certes parfois dans cette période Melle le C. nous abordera souvent pour nous demander des nouvelles au sujet de sa sortie mais sans conviction ni même concession faite à ses gardiens. Plus encore, le contenu de ses lettres devenait pour le lecteur non avisé de plus en plus délirant, la conviction étant tenace. Seule, Melle le C. pourtant, "travaillait" pour ne pas rompre cette liaison, devenue avec la prolongation de l'hospitalisation plus absurde que jamais dans sa non réalisation du fait de la proximité des deux protagonistes et de leur passivité réciproque. Nous voyons alors sourdre un champ interprétatif. Le réseau était construit bien mince mais ouvert aux illusions et allusions venant de par l'interprétation délirante rétablir l'équilibre.

Le Dr.B. commençait à lui faire parvenir des messages; nul besoin de phénomènes télépathiques, ni d'une création extemporanée de phénomènes hallucinatoires (qui ont du reste été décrits comme peu fréquents voire quasi absents chez les érotomanes). Il suffira à Melle le C. "de petits riens" pour que l'objet ne s'évanouisse pas. Un point cependant est à remarquer : le problème du largatrex, médicament que Melle le C. prend depuis quelques années, il avait été avec l'halopéridol le lien nourricier et l'offre du Dr.B. qui non seulement l'avait guéri mais comme nous l'avons signalé devenait et devrait de par ses effets le "filtre" permettant la réunion amoureuse. Sans psychotrope Melle le C. selon elle pouvait être en proie à ses "divagations". Avec les psychotropes (le fameux test thérapeutique) elle devait voir où siège la raison. Nous avions fait l'interprétation que nous ne pouvions pas la guérir ou lui prouver sa déraison, vu que nous n'étions pas les premiers à avoir prescrit ces drogues, elles étaient directement associées au Dr.B. et au Dr.F. du Havre. Et là encore la fermeture thérapeutique vint des préceptes formulés par Melle le C. à savoir qu'elle devait prouver au Dr.B. sa guérison;

fallait-il entendre qu'elle n'avait plus besoin de médicaments ou que derrière cette formulation ambigüe :"sa bonne conduite et une bonne confiance en sa santé" elle s'était rendue esclave de la nourriture psychotrope et connaissant les effets photosensibilisants du largatrex elle signifiait que le Dr.B. en fait ne l'avait pas comblée : un pays avec ce dernier et du soleil devenait le "lieu" impossible à cause du largatrex. Mais du soleil, Melle le C. en jouissait dans nos murs et elle ne manquait pas en effet de s'y exposer. Pouvons-nous conclure que le médicament devenu objet (avec toutes les références à l'oralité qui ne peuvent manquer d'être soulignées) venait détruire une relation objectale imaginaire (c'est à dire biunivoque ,non duelle). Il est certain qu'il fallait que Melle le C. ne prenne plus de médicaments, preuve sociale d'une véritable harmonie psychique; mais ceci pourrait nous ramener à cette maladie qui lui avait fait perdre sa féminité et qui rendait justifié le fait qu'elle puisse douter de sa santé, le Dr.B. ne lui avait-il pas affirmé :"votre santé est fragile." Cette maladie apparue à un moment où Melle le C. aurait pu avoir des liaisons amoureuses vraies et qui de plus l'avait empêchée de gravir les échelons sociaux, était chronique et touchait toute sa structure, son apparence physique et sa psyché. Seul un médecin pouvait comprendre qu'elle n'est pas ce qu'elle aurait dû être, diminuée par cette hypothyroïde se signalant quotidiennement par ce comprimé d'extrait thyroïdien. Melle le C. ne pourra retrouver qu'arbitrairement ce statut digne de son rang et grâce à"celui qui comprend" qu'il n'y a pas de défaut dans la structure mais blessures à cicatriser et à effacer. Là encore reconnaissons que ce qui vient d'être écrit est purement hypothétique, mais quand elle évoque son hyposténie sa "flemme", ses difficultés à travailler ne nous énonce-t-elle pas les symptômes de sa maladie endocrinienne.

Poursuivons la lecture :"je vous remercie des attentions que vous avez eu pour moi : mouchoirs gigantesques apportés par Madeleine, cendriers semblables à ceux du Madrigal...

Que veulent dire ce mouchoir, qui semble être un cadeau apporté par sa soeur, et ce cendrier semblable à ceux du café que Melle le C. avait l'habitude de fréquenter à Paris? Il semble que les choses deviennent le soutien du lien passionnel, et la confirmation de cette interprétation nous est apportée par Melle le C. elle-même. En effet, suite à la décision prise de sa sortie elle critiquera non pas le fond délirant mais les mécanismes interprétatifs qui le soutenaient :"j'avais une conduite anormale, j'interprétais tout, par exemple quand une infirmière se croisait les bras cela voulait dire que le Dr.B. m'ordonnait de ne pas travailler. La manière aussi dont on ouvrait une fenêtre du pavillon du Dr.B., avait une signification avec un code purement imaginatif".

Si nous pouvions résumer ce passage à l'asile, cette tranche de roman de la vie de Melle le C. nous voyons que dans un premier temps nous servions d'objets intermédiaires et que la critique que nous avons essayé de faire naitre n'a au contraire que renforcé les convictions délirantes. Les dénégations, les mensonges ne sont point nécessaires, nulle preuve hormis ce passé rocambolesque évoqué avec complaisance peut justifier notre désaccord et lui faire avouer qu'elle "déraille". Quand il est dit que chez les érotomanes le raisonnement est juste et que seuls les prémices de raisonnement sont erronés, nous pourrions affirmer que pour Melle le C. il n'y avait pas de prémices. Toute sa vie "amoureuse" a en effet été orientée vers le besoin d'un objet, l'un disparaissant avec critique complète de la relation avec ce dernier, qu'un autre apparaissait aussitôt comme pour combler un manque qu'il reste à définir, ceci étant valable pour tous les passionnels jaloux, érotomanes et revendicants. Quand au problème de donner un statut nosographique à Melle le C. (à lui donner une étiquette) sans essayer de tomber dans la "clinicoïde" il nous semble bon de nous reporter à cette distinction faite par De Clérambault entre érotomanie pure et érotomanie atypique :"l'érotomanie est un syndrome affectif avec appoint ima-

ginatif dont le premier élément atteint une intensité maximale c'est à dire la forme passionnelle dans l'état pur, dans les cas mixtes au contraire le second élément (l'appoint imaginatif) peut être prédominant. Les cas purs peuvent être purement passionnels, et les cas secondaires peuvent être exclusivement imaginatifs. Par cas secondaire De Clérambault entendait ceux où le syndrome érotomaniaque n'est que partie d'une plus vaste psychose. Ce sont ces cas secondaires ou mixtes qui admettent une variation dans le choix de l'objet parfois simultané ou multiple.

A partir de ce texte qui nous fera souligner une fois de plus l'extraordinaire finesse qu'avait De Clérambault dans l'approche clinique des maladies mentales, nous nous trouvons embarrassés pour donner cette fameuse étiquette à Melle le C.

Certes il n'y a pas pureté du syndrome chez Melle le C.: l'objet aime mais elle dit toujours aussi avoir aimé l'objet avant, après ou simultanément. Jamais elle ne s'est présentée comme une persécutée de l'amour de l'autre. Les objets se sont succédés et il ne semble pas que, bien que tout ceci nous ait été relaté par Melle le C., qu'ils aient eu à subir les affres du dépit ou le déferlement de la haine avec aggression. Jamais elle ne semble dans son comportement avoir franchi ces "stades", bien que nous avons vu qu'au travers d'une hospitalisation la phase d'espoir ne fut pas sans problème. Le dépit se fit entendre discrètement dans ses écrits, mais la construction, l'adaptation dynamique du réseau interprétatif secondaire allait rétablir l'ordre sur un mode d'attente de passivité et de patience inébranlable (nous pourrions traduire ce comportement en y introduisant le concept de principe de constance de Freud qui dit que l'appareil psychique tend à maintenir à un niveau aussi bas ou tout au moins aussi constant que possible la quantité d'excitations qu'il contient. Ce principe de constance est au fondement de la théorie économique freudienne):

Quant à l'explication de la construction interprétative délirante et secondaire nous noterons que ceci se fit d'autant

plus facilement que de nombreux personnages pouvaient être en effet les porteurs de messages rassurants. Au début le Docteur F. identifié à l'objet de par sa fonction était là pour sauvegarder l'image idéalisée de l'objet. La soeur normale se fit malgré elle la transactionnaire des cadeaux significatifs. Enfin les infirmières et même certains malades qui soit connaissaient ou fréquentaient l'entourage du Dr.B., grâce à la promiscuité architecturale, suffisaient à prouver cette collaboration universelle et cette attention générale dirigées sur elle.

Nous retrouvons aussi l'absence de jalousie traduite en des termés nets mais parfois une ambivalence ou un doute émis dans ses lettres ressemblant plus à un journal intime qu'elle nous aurait dévoilé impudiquement - mais lui permettant de modeler, de travestir ou, d'annuler les pensées rejetantes de l'objet par de simples figures plus ou moins elliptiques telles que :"je ne vous en veux plus mais ne me faites pas trop patienter." "Je ne comprends plus du tout pourquoi vous voulez que je reste à Sainte Anne? J'ai envie de ne plus demander ma sortie et d'attendre patiemment que vous vouliez bien m'en sortir." "Je crois que je ne vous en veux plus mais le temps paraissait long. Je continue à vous évoquer assez facilement, c'est agréable parce que je me retrouve amoureuse de vous." D'après la distinction faite par De Clérambault, Melle le C. serait donc beaucoup plus "imaginative". En effet, on retrouve dans tous les états vraiment passionnels ce rejet plus ou moins net ou durable de la réalité, ce caractère processif accusé, cette activité aveugle tendant à détruire les espaces ou le temps séparant le sujet de l'objet de la passion, car la passion dans sa traduction ne définit jamais un sujet ou un objet donné mais les liens qui les unissent. C'est quand un objet nous parait devenir l'indispensable, l'exigence vitale, "ce qui ne peut manquer" que nous parlons de passion, quel que soit l'objet (et peu importe même qu'il soit) puisque la mort et l'anéantissement de ce dernier ne l'empêche pas d'être celui "qui ne peut manquer".

De cette définition du terme passion pouvant tout aussi bien être du registre mystique, amoureux, psychopathologique ou même du savoir (le terme passion sous-tendant la foi du religieux, du chercheur scientifique, du joueur adonné au dieu du hasard, du drogué face à "l'absolu du besoin".)nous avons du mal à superposer cette passivité, cette patience, ce non besoin de certitude immédiate, et ces petits phénomènes qui nous apparaissent comme de simples scintillements d'espoir, caractérisant l'attitude de Melle le C. Est-elle vraiment une passionnelle? Ne serait-ce pas réduire la fonction dynamogène, destructrice, agressive ou suicidaire de la passion? On pourra nous rétorquer l'atypicité de ce cas qui n'a en effet vécu que d'espoir et d'illusions, cependant ce "manque à avoir" si évident chez Melle le C. ne laisse-t-il pas présager un débordement brutal, et un déchainement, qui peut se produire à tout instant car immanent dans la fonction de sujet face au désir. Ce débordement n'a-t-il du reste pas été esquissé lors de l'incident du retour de permission?

De ce qui a été écrit, il nous a semblé qu'une certaine distance soit nécessaire entre les deux protagonistes et que ceux-ci, même si leur comportement, leur but semblent opposés en fait, doivent être complices. En d'autres termes que l'introjection de l'objet de passion ne doit pas être consumée, ne doit pas être totale pour que se déroule le drame passionnel. Pour Melle le C. et pour les érotomanes en général dans la phase d'espoir que nous appellerons phase imaginaire avec objet purement fantasmatique, ce dernier est en fait partie intégrante du sujet. La fonction projective est peu importante par rapport au centrage narcissique que prend l'objet vis-à-vis du sujet et ce ne serait que lorsque cette fonction projective, traduction sur l'autre de ses propres pulsions de désirs insoutenables dans leur prise de conscience que l'objet se fait réel, mais en quelque sorte a posteriori, la distance alors devenant suffisante pour que l'agressivité ou le sentiment de haine puissent apparaitre contenant alors le récit d'un

drame de la jalousie avec une inversion plus ou moins flagrante des termes (la place du persécuteur et du persécuté).

Avant d'aborder plus avant ce problème fondamental de la fonction passionnelle ou du substantif "passionnel" adressé à cette catégorie psychopathologique que nous propose la relation érotomaniaque voyons toujours avec Melle le C. mais avec un autre objectif ce que l'on peut découvrir dans les rapports des consultations ou entretiens émanant du service du Dr.B. qui, comme nous l'avons vu, la suivait régulièrement en postcure, Melle le C. est sortie du service du Dr. F. sans critiquer son idée de future liaison avec le Dr.B. mais en admettant ses débordements d'imagination. Elle est repartie en Normandie vivre avec sa mère avec l'intention de gagner de l'argent en trouvant un poste non loin du domicile familial.

Melle le C. fut hospitalisée deux fois dans le service du Dr. B. pour de courtes durées et ces trois ans avant l'internement que nous venons de relater. Voici les rapports que nous y découvrons :

Vu en garde, première hospitalisation:

"Rechute chez une malade déjà hospitalisée à plusieurs reprises à Vaucluse, pour des épisodes délirants érotomaniaques avec excitation alternant avec des périodes dépressives. Actuellement subexcitation, logorrhée, rires bruyants, éléments érotomaniaques en partie critiqués. Traitée depuis l'âge de 19 ans pour une hypothyroïdie. On peut discuter un épisode hypomaniaque délirant au cours d'une psychose maniaco-dépressive ou d'un épisode d'excitation au cours de l'évolution d'une schizophrénie affective. Par ailleurs l'hypothyroïde fait jouer un rôle dans l'aspect un peu atypique des troubles. Nous annoterons simplement ici que l'hypothyroïde a ici été mise en relief particulièrement par le médecin qui l'a vue. Ceci pouvant se fonder sur l'importance que l'on manifeste au dysendocrinien dans les manifestations psychiatriques.

Le 6.3.1969 :

"Se présente de façon très discordante avec nombreu-

ses stéréotypies et excentricités du langage. "Mon coeur bat la breloque quand cela ne va pas." Elle pense qu'elle va mieux qu'hier et que cela ne sera plus trop grave."

Le 10.3.1969 : entretien avec le Dr.B. qui note :

"Etait sous-bibliothécaire au Havre depuis trois ans. Pendant cette période, elle n'avait que quelques brefs arrêts de travail puisqu'elle avait du mal à travailler. Actuellement elle croit qu'elle est vue par des appareils notamment dans mon bureau et par moi quand elle se trouve dans le réfectoire ou le dortoir. De même, elle entend qu'on lui parle. Cette dernière activité hallucinatoire avait commencé avant son admission à l'hopital. Notamment, elle entendait sa mère lui parler de Normandie alors qu'elle était à Paris."

Nous nous arrêterons encore ici pour commenter et justifier tant que peu notre hypothèse. Au sujet du "regard", nous avons pu évoquer que l'érotomane arrivait à ce qu'elle soit constamment dans le champ du regard de l'objet. Nous savons en effet que l'objet était le Dr.B. mais n'est-il interessant que cet objet la regarde quand elle est éloignée ou séparée de lui par une cloison, mais que ce regard devenant insoutenable doit être médiatisé par une caméra, lorsque le vrai regard de l'objet peut la fixer. Cette activité ici jugée hallucinatoire était en fait la verbalisation, l'énoncé d'un postulat auquel le Dr.B. n'a bien sûr pas pu répondre. La déclaration n'a pas été faite. Mais nous avons laissé entendre le caractère fondamental de ce champ du regard.

Les fonctions interprétatives et ici obligatoirement l'hallucination n'avaient en effet que l'intention dans l'imanence de cette relation érotomaniaque d'être perpétuellement vu par l'autre : ici l'objet "d'amour", mais aussi que la distance devait être nécessaire pour que n'apparaisse pas ce profond désarroi qui se manifesta lors de la confrontation directe par ce comportement hypomaniaque ou mixte avec éclats de rire alternant avec des pleurs et des excentricités de langage telles que :"Mon coeur bat la breloque." Quant à la communication té-

lépathique avec la Mère il serait tentant de rallier ici notre patiente à cette pathogénie de l'érotomanie qui veut que l'objet en fait ne soit qu'un substitut, une transposition dans le domaine du réel de la Mère.

Le 12.3.1969 :

Examens somatiques
Possibilités d'hypertension
Veut revoir le Dr.B. plus souvent

Le 13.3.1969 :

Le Dr.B. voit la mère et la soeur cadette de Melle le C. Celle-ci évoque une fixation érotomaniaque brève sur un collègue de travail guérie par le Dr. du Havre.

Des tentatives d'explications plausibles sont données pour justifier sa rechute :

- peut-être une prise intempestive de psychotoniques
- le fait qu'elle soit allée voir un médecin homéopathe qui lui aurait trouvé une hyperthyroïdie
- une tendance à boire de l'alcool plus que mesure.

Pour la famille en effet il faut des explications, mais retenons tout de même cette inversion de diagnostic proposé par un confrère remettant en question toute la structure de Melle le C. formulée par le corps médical et confrontée dans une dialectique amoureuse délirante avec un médecin garantissant son hypothyroïdie.

Le 27.3.1969 :

Melle le C. est vue par un externe. Elle reparle de son problème de filiation, elle n'est pas sûre que son père soit son vrai père.

Accuse la mère d'un comportement criminel lors de la maladie du père : elle aurait déclenché les douleurs abdominales ayant précédées les fractures spontanées de la jambe et la pneumonie mortelle.

A la fin de l'entretien elle se rétracte cependant en soulevant la possibilité d'une néoplasie et qu'elle doute un peu de ses "impressions".

Nous reviendrons sur cette résurgence dont le contenu manifeste nous réfère immédiatement à la problématique oedipienne et identificatoire.

Le 1.4.1969 : Melle le C. sort.

Le 14.4.1969 : elle voit le Dr.B. en consultation externe. Déclare vouloir reprendre son travail mais veut être suivie régulièrement par le Dr.B. ayant l'occasion de venir à Paris environ toutes les trois semaines.

Le 28.4.1969 : consultation avec le Dr.B.
perplexe"ne sait où se trouve la vérité".

Le 12.5.1969 : consultation avec le Dr.B.
évoque le projet de quitter son emploi pour poursuivre des études d'histoire. Le Dr.B. la dissuade vivement de reprendre cette vie d'étudiante et d'adolescente à 41 ans, par contre il accepte la possibilité qu'elle achève sa licence d'histoire.

Cinq jours plus tard Melle le C. se présente au service du Dr.B. pour se faire hospitaliser.

Elle a arrêté de travailler le jour précédent. Elle se sent moins inquiète lors de son admission. Elle semble avoir agi sous une sorte d'impulsion que n'exprime pas le délire.

Quinze jours après cependant elle repart au Havre après avoir vu le Dr.B. et lui avoir signifié: qu'elle avait du mal à se concentrer, qu'elle avait perdu la mémoire et qu'elle est prise de panique lorsqu'elle a quelque chose à faire d'inhabituel.

Que pouvons-nous dégager de la lecture de ces compte-rendus sur le comportement de Melle le C. confrontée directement avec son"objet"?

L'objectif qui la visait était en effet le regard du Dr. B. ou de ses subalternes le médiatisant et laissant apparaitre assez clairement la pyramide hiérarchique. Son attitude avec les personnes les plus éloignées du Dr.B. furent décrites en termes alarmistes; laissant poindre derrière cette incohérence, cette discordance, la dysthymie, les hallucinations et l'apragmatisme, une structure profondément bouleversée

pouvant laisser sous-entendre un processus dissociatif plus ou moins aigu. Pourtant c'est à la relecture et avec ces personnes que la "demande" nous semble avoir été formulée le plus clairement : elle demandait à voir le Dr.B. qui, lui, la contemplait tout à loisir. Elle était la proie du regard à la fois tant désiré mais aussi insupportable de l'objet. Par opposition nous voyons cette crispation lorsque la confrontation est directe, certes les appels sont impressionnants vus rétrospectivement, mais elle n'a rien fait pour les signifier en termes intelligibles. Tout au plus aurait-on pu évoquer une sorte de transfert positif et sur un mode amoureux dirigé sur le Dr.B.

Ce n'est que plusieurs mois après que le phénomène devint apparent :

Alors qu'elle était suivie en post-cure et que le Médecin Assistant lui a fait savoir qu'il serait dans son intérêt "qu'elle soit suivie en équipe", elle se retrouve seule dans le bureau du Dr.B.

Melle le C., anxieuse, dit:"J'appréhendais que vous me confiiez à un autre. Je désirais vous voir plus souvent et plus longuement.(Elle demande une hospitalisation qui lui permettrait de trouver ce temps nécessaire).

Le Dr B. lui répond que le temps imparti lui semblait suffisant, qu'il était inutile de l'hospitaliser et qu'il lui fallait un travail normal dans un milieu normal.

Melle le C. pense cependant "qu'ils pourraient se voir en dehors du temps nécessaire pour sa vie professionnelle, car sa vie n'était pas uniquement professionnelle".

Le Dr.B.:"Je vous vois et ne peut vous voir qu'en qualité de médecin."

Melle le C. s'exclame en quittant le bureau:"Je peux vous dire que cet entretien est moins pire que ce que j'appréhendais."

Ceci nous rappelle des situations où nous sommes confrontés avec certaines personnes, généralement qualifiées d'hysté-

riques ou d'hypochondriaques, avec une demande floue mais avide et une teinte agressive et le chantage à l'appui rendant souvent les clotures d'entretiens difficiles et souvent même impossibles sans certaines concessions de notre part telle l'affirmation du caractère "quasi-organique" de certains troubles (demande d'examens parachimiques) pour hélas détourner ceux-ci d'une causalité inexprimable sans référence à l'ordre symbolique lui-même audible dans une situation transférentielle qui ne peut advenir qu'au cours d'un protocole psychoanalytique. Cependant on ne retrouve pas les "faites quelquechose!" ou: "Pourquoi ne voulez-vous pas croire à la "réalité" de mes troubles?" Nulle "complaisance" somatique vraie. Elle se plaint cependant de troubles de l'attention et veut se faire hospitaliser. Ceci peut nous paraitre aberrant; devenir prisonnière dans la forteresse de l'objet; inverser le passif-actif, sujet-objet, peut paraitre bien singulier de la part d'une érotomane N'oublions pas cependant que Melle le C. est éprise aussi de l'objet et qu'elle a franchi un point de non-retour. Il lui faut en quelque sorte une bi-univocité de la relation. La séparation n'a pu se réaliser et devenir supportable sans doute que par la réaffirmation que le Dr.B. la voyait et la verrait toujours comme un médecin. Avant ce manque à avoir un objet personnifié, la réassurance plus fondamentale et plus urgente du "manque à être","manque à être femme" du manque de l'hypothyroïdienne, se trouve dans la prescription du comprimé, apanage du Médecin.

Melle le C. est pour nous une érotomane dans le sens qu'elle a vécu et ne vit que dans l'illusion d'être aimée par une personne identifiée et identifiable, même si bien souvent elle a ressenti pour l'objet un sentiment d'amour. Mais que pouvons-nous évoquer en dehors de cette tranche de vie asilaire au travers de sa biographie.

Nous avons souligné sa solitude affective et sociale, avec le personnage dominant de la mère dans la constellation familiale. De même, le peu de souvenir ou les difficultés qu'elle

a à se rémémorer son adolescence et, plus encore, son enfance Les érotomanes nous donnent souvent l'impression de ne pas percevoir ou discriminer dans leur vie une séparation entre leur monde infantile et adolescent et leur monde adulte. Elles sont des adolescentes éternelles. Elles ont beaucoup de mal à assumer - ou annulent facilement - les problèmes que posent l'écoulement des années et le vieillissement. Ceci nous permet d'introduire l'observation d'un cas, exposé dans la littérature, où une mère de famille pensait pouvoir soutenir plus longtemps sa relation érotomaniaque en affirmant sa volonté que l'objet pourrait épouser sa fille lorsqu'elle serait devenue trop vieille ou viendrait à mourir! Retenons pour terminer deux faits : Melle le C. a situé sans aucune suggestion ni induction de notre part, ses parents dans leur position vis à vis de la sexualité. Ces positions semblant avoir été assez opposées , ceci pouvait nous laisser présager les difficultés que Melle le C. a eu à se situer dans les complexes et possibilités d'identification et de projection en fonction des motions pulsionnelles, et donc, difficulté de l'abord même de la situation triangulaire oedipienne. La certitude ou la vraisemblance de cette mauvaise ou "non-oedipianisation" ne nous est-elle pas énoncée lors des irruptions fantasmatiques dans son discours d'une Mère Parricide? et du doute quant à l'identité de son père? Ces irruptions verbalisées apparurent, semble-t-il, deux fois : la première, lors de ce que nous pourrions appeler la phase de deuil avec son véritable premier objet de relation érotomaniaque le Dr.F. La deuxième fois sous forme d'une véritable thématique délirante et avec anxiété lorsqu'elle fut dans les murs et prisonnière du Dr.B. (détenteur vraisemblable d'un savoir sur la douleur que peut représenter le doute de la filiation, et les locus ontogénétiques où peuvent se situer la problématique pouvant étayer ce doute .

Le contenu manifeste de la verbalisation de cette fantasmatisation inconsciente avec tout le matériel de motions refoulées que cela peut contenir pouvant s'écrire:

1. Ma mère a tué un homme
2. Ma mère a tué mon père
3. Mais ce n'était pas mon vrai père

Cette pulsion meurtrière prêtée à sa mère nous laisse prévoir le refoulement d'une représentation insoutenable qui ressemblerait fort à une scène primitive hautement traumatisante (Père sadique - brutal - jouissant des faiblesses de la femme) supporte-t-elle d'être une petite femme devant les hommes? et ne nous déclare-t-elle pas que ses relations ont échouées car "elle s'est trop rapidement ou précocément donnée à ses prétendants"?

Dans un deuxième temps, qu'elle veuille annuler tout simplement son père de son patrimoine génétique par un déni, rien n'est plus soutenable dans une perspective d'interprétation psychanalytique.

Mais, répétons-le, Melle le C. n'a pas été objet d'une cure analytique et nous ne spéculerons guère plus car nous tenons à ce que l'interprétation se fondant sur des concepts analytiques et la formulation en un exposé reposant sur ces concepts, soit la conséquence d'une méthodologie purement analytique (avec son protocole rigoureux).

Le deuxième fait que nous pouvons retenir dans cette biographie est que Melle le C. n'a découvert un objet satisfaisant que dans la personne d'un médecin. Les procédés employés pour se rapprocher du Dr.F. et du Dr.B. ont de grandes similitudes à savoir qu'ils devaient payer derrière elle ou lui assurer une aide financière lorsqu'elle serait démunie. L'investissement et la fixation orale sur les psychotropes très importante est remarquable chez Melle le C. Actuellement suivie en post-cure, elle prend toujours méticuleusement ses comprimés et n'oublie surtout pas le renouvellement de l'ordonnance. Elle continue à écrire au Dr.B. et celui-ci ne répond pas!... Elle n'a pas encore trouvé de travail mais reste domiciliée dans la propriété de sa mère.

La fin sera donnée par un extrait d'une lettre écrite au

Dr.B. "Je ne sais pas; je suis complètement découragée. J'ai essayé d'être aussi compréhensive et patiente que possible. Je ne comprend plus! Si je renonçais à vous attendre, ma vie, extérieurement serait la même; de toute façon je n'ai pas l'intention de chercher à me marier ou à me lier à un autre homme, je continuerai à travailler; je serai seulement un peu triste et démoralisée au début, et puis après j'espère que je reprendrai du poil de la bête...

Quant à mes sentiments, je vous ai oublié, je crois que si je vous voyais je vous aimerais de nouveau. Au revoir. A bientôt j'espère..."

DEUXIEME OBSERVATION

Marie M. est née en Bretagne, dans une famille de petits cultivateurs. Son père, blessé pendant la guerre de 1914, fut trépané. Il est décrit comme un caractère violent, irascible, autoritaire, neurasthénique.

La mère, d'un niveau culturel très fruste, est qualifiée de "peu chaleureuse" et même rejetante, à certains égards, mais cependant "équilibrée".

Marie est l'ainée de 4 enfants (une des soeurs est morte en 1956, à 23 ans, sans qu'on en sache la cause précise. Elle était encéphalopathe et épileptique). Les 2 frères sont devenus cultivateurs, le cadet s'occupe de la ferme familiale.

Les conditions de vie pour Marie sont au départ : habitat rural , et relative pauvreté ("7 ha pour nourrir ma famille"). Très vite, elle semble ne pas s'adapter à ce mode de vie.

En fait, on peut supposer que ce fut une enfant, soit non désirée d'emblée, soit rejetée progressivement du fait d'un caractère "très délicat" pénible à son entourage.

Très jeune, elle est donc confiée à sa grand'mère et évoque ses grands'parents en ces termes :

"J'ai toujours pensé que ma grand mère ne m'aimait pas. Mon grand-père par contre, était un brave homme, un peu poête...Il était en admiration devant moi!..."

A 4 ans, elle est reprise par ses parents et fait la con-

naissance de sa soeur cadette, infirme.

A 8 ans, Marie est mise en pension, sur les conseils d'une institutrice, et grâce à la recommandation d'une tante maternelle qui y était religieuse. Cette pension est en fait un orphelinat.

Active, douée pour l'étude, elle obtient son C.E.P. et apprend ensuite la couture.

A 18 ans, elle est forcée de quitter cette institution, nantie d'une "bonne éducation ménagère". Elle retourne chez ses parents, pour les aider aux travaux de la ferme. Or, c'est un échec. La mésentente se fait très vite sentir. Après 4 mois, elle quitte sa famille et part se placer comme servante à Vitré puis à Rennes. Se succèderont ensuite une série de places de bonne à tout faire, sans que l'on puisse démêler si la cause en est l'instabilité et la versatilité de Marie ou autre chose De fait, elle est perpétuellement en querelle avec ses différents employeurs ne supporte pas la moindre réflexion ou remarque, surtout provenant des femmes. Elle fait souvent souligner son "mauvais caractère" et sa susceptibilité excessive...

Adolescente, son attitude envers les garçons est "infantile" dit-elle: les rumeurs amoureuses, les entreprises sexuelles de ses camarades garçons lui apparaissent comme un univers très lointain "au seuil duquel ma tante veillait". Cependant elle évoquera le souvenir d'une "grande" qui lui témoignait de l'intérêt; elle ne comprend du reste pas la raison de ce sentiment :"J'étais et je me trouvais laide!...Mais elle m'aimait, m'embrassait!... J'étais comme le ver de terre amoureux de l'étoile"...

En 1948, elle est servante chez un professeur qui héberge des étudiants, et c'est là que, pour la première fois, elle rencontre Robert. Elle a 24 ans;"J'étais vierge" dit-elle.

Au début, ce n'est pour elle"qu'un petit flirt sans envergure", qu'elle essaye d'oublier, soi-disant.

Une autre fois cependant, Marie nous dira que Robert, d'emblée "s'est distingué à (ses) yeux"

"La première fois, il déjeunait; je l'ai servi, et tout de suite, j'ai vu qu'il n'était pas comme les autres! Ce qui était remarquable, c'était sa désinvolture!"..."Il n'a pas essayé de me faire la cour tout de suite; il a attendu quelques jours, m'a taquinée en paroles; ses camarades le faisaient aussi, mais avec lui ce n'était pas pareil: je trouvais cela très agréable. Je lui répondais; les autres ne m'intéressaient pas"...

Marie - à certains signes - croit comprendre que, de son côté, Robert lui porte un intérêt particulier. Il lui parle quand elle est seule, et lui fait même "des confidences".

Quant à elle, elle se surprend à fouiller dans ses affaires lorsqu'il est absent...

A la fin de l'année scolaire, Marie quitte la pension, et pendant une longue période, elle tente en vain d'oublier R. Elle lui écrit, chaque semaine, sans jamais recevoir de réponse.

Elle rentre donc en Bretagne, et hante les lieux de leur rencontre pour tâcher d'apprendre "pourquoi il ne (m)'avait pas répondu, et ce qu'étaient devenues toutes (mes) lettres."

Robert, bien entendu, n'était plus là. Elle évoque, avec un lyrisme d'adolescente, le souvenir encore brûlant du lieu de leur rencontre :"la maison avec les volets verts..."(etc)

Elle avouera ultérieurement avoir presque désiré qu'il en fut ainsi à son retour en Bretagne : Elle sait que Robert est absent, mais qu'il existe encore, quelque part, et elle y trouve un soulagement. L'interprétation qu'elle donne de ce sentiment corrobore parfaitement les descriptions cliniques : aucune désillusion, mais à l'inverse, un regain d'énergie, et la naissance d'une force pulsionnelle.

Cependant il serait hasardeux d'affirmer que l'absence de Robert ait été interprétée comme un signe d'intérêt envers sa personne. En fait, Marie reste très discrète sur les élaborations qu'elle aurait pu faire quant à ce "retour aux sources" et à ses suites.

Nous ouvrirons ici une parenthèse pour noter - outre les conditions extrêmement cahotiques de l'éducation de Marie deux autres faits :

a) Les premières rencontres avec l'objet sont souvent évoquées par les érotomanes comme la narration d'un rêve : les lieux, les circonstances peuvent être rapportés avec précision, mais les impressions, les sensations, les sentiments éprouvés ou ressentis, ainsi que la chronologie exacte des faits sont embrumés comme à l'émergence d'un récit onirique. On pourrait presque dessiner dans ces récits des processus de condensation, travestissement, déplacement effectués par rapport au vécu réel. Le contenu manifeste et le contenu latent semblent ici interférer, et pourtant, induire toute la destinée future du sujet.

Certes, dans toute évocation reprise a posteriori, on insiste sur ce travestissement de la réalité, et sur l'idéalisation de certains faits ou - au contraire - sur l'oubli ou le dénigrement de certains autres.

Ceci est manifeste dans le cas de Marie : tout, dans le champ relationnel et l'espace qui la sépare de Robert, deviendra illusion, fantasme, prolongement d'un rêve, etc...D'emblée il y a virtualisation de la relation qui - comme nous le verrons - est vouée à se muer en relation érotomaniaque..

b) Autre fait sur lequel on peut insister, - dans le cas de Marie comme pour tous les autres cas - : le pourquoi du choix de tel personnage, et non tel autre, comme objet.

Pourquoi Robert, pour Marie? Pourquoi le Dr.B...pour Melle le C....? Nous ne pensons pas pouvoir, ici rendre un jugement sans appel; mais le cas de Marie est assez remarquable : cette dernière a été frappée par la désinvolture de Robert. Certes, ce terme peut être interprété très différemment selon toutes les nuances de sa signification. Marie a-t-elle voulu parler du laisser-aller de Robert? de sa légèreté? de son manque de retenue? de sa nonchalance? de son ironie? de son air dégagé?

En fait, de toutes ces facettes du mot, se dégagent une fluidité, et une possibilité d'emprise assez trouble, assez floue, d'un être sur un autre.

Robert était senti comme "disponible". Il était comme le creuset de toutes les projections fantasmatiques, à contenu plus ou moins amoureux de Marie.

Les rapports "maître à servante" pouvaient s'estomper et - pour peu que l'on adhère au postulat - Robert se prêtait parfaitement à satisfaire les exigences d'orgueil de Marie.

Pour elle, -retenons-le simplement - elle a élu cet homme pour sa "disponibilité". Pour Melle le C..., objet de notre première observation - il y avait d'après nous - la nécessité d'un"personnage médical", capable d'entretenir avec elle un lien symbolique de type nourricier. En fait, pour retrouver un mode de compréhension à peu près logique, on devrait toujours tenir compte de l'histoire du sujet érotomane et c'est évident - du type de sa demande. On devrait également découvrir le niveau où joue la brèche des pulsions inconscientes, archaïques, impossibles à satisfaire, de ce sujet. La relation objectale permettrait alors l'élaboration d'un jeu, fonctionnant sur un mode tout aussi archaïque avec une relation sado-masochiste (dépendance, frustration) agressivité, quérulence, envie etc...)

Un bon exemple nous a été donné dans l'étude d'une relation érotomaniaque très serrée entre une femme et son médecin Une telle relation nous est apparue sous-tendue par le fait d'une malformation congénitale commune aux deux personnages. Celle-ci permit à la malade : une réactualisation du signe qui - dès sa petite enfance - l'avait marquée comme invalide, et aussi une identification à l'autre sur un mode objectal archaïque.

Enfin, on voit que, toujours, le hasard apparent de la rencontre (et l'élection semblant fortuite - quoique sans équivoque - de l'objet) disparait dès que l'on parvient à cerner le type précis de demande de la part de l'érotomane. Le fait

que l'objet soit appréhendé comme "homme de bien" est facile à admettre, à la suite du Dr Perrier :"Le lourd tribut que les médecins, les prêtres, les hauts-fonctionnaires et les autres hommes de bien, oblatifs, payent à l'aptitude érotomaniaque"...(etc)...

Ainsi "L'homme de bien" se prêterait parfaitement à ce type de relation, "qu'il fonctionne pour la santé du corps, le salut des âmes, la réalité de la libido, ou l'ordre de la cité"

Revenons, après cette parenthèse, à Marie, à son voyage en Bretagne, véritable "retour aux sources" de son amour. Nous ne sommes pas certains - encore une fois - que ce voyage ait permis à Marie de penser: "Robert n'a plus qu'à se manifester à présent - Cependant, la relation était nouée - Est-il besoin de retenir une élaboration imaginaire - et délirante - dans un registre donné, pour prêter une intention à l'objet? La clinique nous montre trop que les aberrations flagrantes dans les conduites de l'objet ne font souvent que renforcer la conviction délirante.

Ce qui importe, à notre sens, c'est que toute attitude ou situation de l'objet, du moment où il existe, permet une relation : sa neutralité, son indifférence, ses manifestations, hostiles à une liaison amoureuse situent cependant le sujet érotomane - et ce à jamais - dans une dialectique relationnelle intersubjective. La part de l'intersubjectivité et de l'intrasubjectivité restent difficiles à discerner - même si l'objet se manifeste souvent et/ou entre dans le jeu en quelque manière.

Au lieu de penser que les érotomanes scotomisent une réalité décevante, nous dirons plutôt que le déni et la dénégation ont des fonctions importantes ; ils sont très proches de la réalité clinique érotomaniaque. La scotomisation, prise au sens vrai au terme, signifie la rupture dans la longitudinalité de la vie d'un être. C'est toute la différence entre "ne pas pouvoir" et "ne pas vouloir".

La forclusion, telle que Lacan l'a définie, énonce toute la subtilité existant entre le "vouloir-faire-entendre-regarder "et le "pouvoir-faire-entendre-regarder".

Poursuivant le roman de Marie, on apprend qu'après son voyage, elle ne fait rien qui puisse attirer l'attention, pendant 4 ans. Mais, peu à peu, une poursuite, une recherche se font jour. Un jour de 1952, installée à Paris, Marie croit reconnaitre Robert grâce à son chapeau, depuis le 6e étage et à travers un rideau de feuillages. Elle ne se précipite pas, néanmoins, pour le rejoindre, l'interpeler, ou tout simplement pour vérifier la justesse de son impression. Elle dit à ce propos :"Robert rode autour de moi; il me cherche!"

Dès lors, Marie confie à un détective privé la mission de retrouver Robert; elle obtient ainsi très rapidement l'adresse de ce dernier, et découvre en même temps qu'il est marié et père de famille. Pendant de nombreux mois, elle rôde autour de son domicile surveille les fenêtres, emploie toutes sortes de ruses, subtilités, et manoeuvres bien typiques du délirant revendiquant. Robert et son épouse doivent changer plusieurs fois de domicile, car Marie profère des menaces écrites, outre les chantages au suicide,etc...Elle rencontre ainsi Robert 2 fois, et décrit ces rencontres commes des faits l'ayant "sidérée". Une fois, il serait passé à côté d'elle. Elle le reconnait, quoique le voyant de dos."Alors, je suis restée plantée là!" dira-t-elle.

La seconde fois elle semble avoir provoqué la rencontre, faisant obstacle à la voiture de Robert avec sa bicyclette. Elle l'invective, lui demande :"Qu'avez-vous donc fait de mes lettres,espèce d'idiot?" Robert la bouscule et, là encore, elle reste figée sur place. Rentrant lentement chez elle, elle interprète l'incident:"Il m'a traitée de cloche: c'est donc que je raisonne bien!"

Les menaces, à partir de ce moment, deviennent de plus en plus précises, et s'achèvent en voies de fait : ainsi, elle écrit à Robert une lettre annonçant la mort accidentelle des

parents de ce dernier (nouvelle fausse, il s'entend).

Durant cette période, elle semble jouir de ses activités persécutives et de ses impostures. Cette agressivité sera cependant supportée pendant 10 ans par Robert. A la suite d'une violation de domicile - Marie pénètre chez lui au moyen d'une échelle et le menace d'un pistolet à eau - Robert fait enfin appel à la police : il porte plainte, disant :"ma femme est à bout de nerfs, et craint pour la vie de notre fille." Marie est emmenée à l'Infirmerie du Dépôt et internée, en Placement d'Office, à Sainte-Anne.

Essayons ici de comprendre pourquoi Robert a si longtemps tardé à se débarrasser de Marie (à s'en séparer?) avant de la désigner publiquement comme folle dangereuse.

a.- Il a changé 4 fois de domicile

b.- Son épouse a longtemps du supporter les menaces de Marie

c.- Etait-ce qu'il répugnait à causer du tort à une simple servante? Ou doit-on l'accuser de "désinvolture" de "faiblesse"? Quoi de plus valorisant pour un homme, malgré tout, que se sentir ainsi idolâtré.(Même si cette adoration s'accompagne de manifestations désagréables et de persécutions) Y trouvait-il son compte lui aussi?

d.- Il est bien délicat de se prononcer affirmativement: cela serait reconnaitre une complicité assez "douteuse" entre un être dit normal et un être dit fou.

L'érotomanie est, en effet, nous l'avons supposé à propos de Melle le C...., une relation fantasmatique où le support réel de l'objet n'est que l'actualisation, et presque la corporéité de l'aliénation même. Ainsi, on peut hésiter à introduire une notion de complicité quelconque : ne sommes-nous pas - d'après les statistiques - les premières "victimes" de ces malades?

Mais revenons au cursus asilaire de Marie.

Après 14 ans d'attente, de tribulations, pérégrinations,

tout va aller très vite : l'intrication des phases pourrait, bien sûr, expliquer cette brusque accélération et le terme-clé du long exposé suivant pourrait être le mot "ambivalence".

En septembre 1960, Marie est donc internée en placement d'office, et avec le rapport suivant :"Elle présente un état d'excitation; elle est euphorique, loquace" "elle raconte avec enjouement qu'elle a"fait des bétises"et demande"jusqu'à quel point elle est folle, comme on le dit autour d'elle"".

Elle est persuadée que Robert est très amoureux d'elle. Elle explique l'absurdité de certaines de ses manoeuvres ainsi: c'est Robert qui l'a forçée à agir, par transmission de pensée!

On remarque que l'explication donnée par Marie semble le fruit d'une déduction, d'un raisonnement logique. Elle ne présente pas d'automatisme mental, chose importante.

a) d'une part, toute autre interprétation aurait classé le "cas Marie" dans le registre de la paranoïa ou de la paranoïdie

b) d'autre part, cette relation par transmission de pensée avec l'objet est très fréquente chez les érotomanes et semble plutôt qu'une manifestation parapsychologique délirante une tentative d'explication connotative du vécu réel, chez un sujet en proie à des impulsions contradictoires. Ces dernières sont souvent évoquées comme "bétises" ou "fantaisies grotesques"...

L'intervention d'un troisième personnage dans le sillon relationnel érotomane-objet ne peut provoquer -enfin- que le désarroi chez la malade, sans cependant que la critique porte sur la conviction même de la dualité de la relation amoureuse. Cette 3ème personne (Le thérapeute,etc...) déséquilibre la relation et, dans le cas de Marie, s'avère le seul lieu où intentions et sentiments peuvent être dévoilés librement. Par ailleurs, Marie se trouve "décrite" caractérologiquement, chose qui définit dans une certaine mesure ses relations intersub-

jectives avec les soignants.

En effet, on la trouve :"Susceptible, méfiante," on note chez elle:"une hypertrophie du moi" et des propos comme "Je n'aurais jamais du naitre dans un milieu paysan" ou "on me gruge de mes gages".

Tout cela ferait penser à une structure paranoïaque. Sa vie affective est marquée par la prévalence de principes très stricts (du reste, elle est vierge). Ainsi, elle est scandalisée lorsqu'une autre malade lui suggère qu'elle aurait pu se mettre nue devant Robert pour le provoquer. Elle répond :"Je ne désire pas un coït, l'important est qu'on soit réunis."

Sa conviction de l'amour de Robert pour elle est totale et inébranlable. Par ailleurs, elle conserve de bons rapports avec ses patrons, ce qui suffirait à la désigner comme érotomane, et non comme délirante à thème polymorphe.

Après 12 jours de traitement à l'halopéridol, son aspect devient figé, elle ne rit plus. Elle dit:"Avant, je me maintenais; Maintenant, c'est fichu!" Elle accuse un malaise physique important quoique vague et sans impression de douleur morale; elle est perplexe sur ses sentiments envers Robert - Son traitement est diminué.

Deux mois plus tard, on note une amélioration sensible. Elle parvient à croire que l'objet est marié. Elle est décidée à ne plus le poursuivre, et critique son état en ces termes :"J'ai fait de l'obsession sentimentale! C'est pourquoi je suis ici."

Elle se demande pourtant quels sentiments Robert peut avoir pour elle, mais elle le "descend de son piédestal."

Un mois plus tard elle s'accusera d'avoir été "le jouet de son imagination" elle veut"recommencer(sa) vie et chercher à (se) marier"

En dépit de cela, on peut douter encore de la réalité de sa critique.

Evoquons ici, en filigrane, l'influence et le rôle de cette vie asilaire, redécouverte en pointillés au travers des rapports d'examens ou des confrontations annotées.

A son entrée Marie semble en effet tout à fait aveuglée par la passion. Pendant 10 ans, sa vie affective a été marquée par un comportement d'approche, de défi, d'agressivité, plus ou moins net envers Robert. Elle vivait alors librement sa folie amoureuse, ayant presque réussi à annuler toute problématique sexuelle ou sociale.

L'internement, nullement curatif, comme nous le verrons, provoque l'irruption de la problématique complexuelle. Il fixe le sujet, livré à sa réflexion, dans une dialectique délicate où devront se situer la part du "Je", celle du "on", et celle du "Tu". La "décentralisation" du Je, selon l'idée lacanienne (Le "Je est un autre") fait que nous sommes tous en déséquilibre, autour d'un centre gravitationnel qui serait le sujet social. De ce déséquilibre naitrait la motivation de l'action, le pragmatisme, l'évolution vers un but, l'idéalisation, et l'assomption du moi social. En termes de logique formelle on parlerait de combinaison (identification), de disjonction, d'implication, d'intégration aboutissant à un système formel.

La sublimation devient possible en transposant les motions pulsionnelles dans le registre socio-économique et socio-culturel admis par la loi.

Marie ne présente pas la symptomatologie illustrant le processus dissociatif ni le repli autistique; il n'y a pas rejet du réel. Le terme de "délire en secteur" appliqué aux érotomanes admet une possibilité de double vie mais n'implique pas nécessairement un véritable clivage du moi - il s'en faut! Mais il existe une situation complexuelle tout à fait particulière, que nous devons tous affronter et qui est celle de notre socialisation amoureuse : il nous faut adapter notre sexualité aux contingences sociales actuelles (même si secondairement on les remet en cause dans une perspective de révolution ou de mutation des structures sociales actualisées.)

Pour l'érotomane, ce complexe est un complexe d'aliénation: la relation duelle hétérosexuelle, amoureuse, avec une finali-

té sociale (mariage,famille) est impossible dans le processus érotomaniaque; ce qui a fait dire à G. de Clérambault qu'au départ, ce "noeud idéo-affectif" était le facteur essentiel de la création du délire et de son évolution. Ecoutons de Clérambault, remarquant que le délire de l'érotomane ressemble beaucoup à la passion dite normale.

"L'érotomanie est un syndrôme psychologique presque exclusivement. La déviation pathologique initiale nous échappe D'autres déviations dans l'idéation et dans d'autres domaines doivent nous échapper aussi à côté de la dyslogie passionnelle."Nous n'insisterons pas sur la conception mécaniciste de De Clérambault, mais il nous semble avoir parfaitement cerné la fonction déviante chez eux qu'il a appelé "les passionnels". Marie, on le verra, élargira son "champ pathologique", mais, si nous retrouvons, après trois mois, ce que nous appelons "la critique", l'idéation n'est,par contre, pas en cause; le raisonnement non plus : nulle mythomanie ou fabulation, nul dyslogisme : rapidement, elle semble douter, devenir dépressive. Elle avouera aux psychiatres son désir d'essayer de trouver une voie autre que celle de sa mort (qu'elle a évoquée d'emblée pour mettre fin à cette situation).

Dans un premier temps, elle doit se "retrouver", resituer son image corporelle; son malaise en serait-il une tentative?

Puis se développa une phase ressemblant étrangement à une phase de deuil : il lui faut non seulement désinvestir tous ses affects mais aussi les détruire pour les oublier (refoulement). En effet, nous voyons Marie remettre en question tout ce qui la liait à Robert :"Qu'est-il, au fond pour moi? et que suis-je pour lui?" Elle doit le "faire descendre de son piédestal" (ce qui prouve qu'elle l'avait investi comme objet hiératique, son rang social plus élevé n'étant pas :- on le sait - étranger à son choix). Cependant, le deuil ne se produira pas.

Remarquons ici que Marie, en dépit de ses origines sociales modestes, s'exprime avec aisance; et son discours renfer-

me un "pool sémantique" beaucoup plus important que ce qu'on aurait pu prévoir.

Pendant les 4 mois suivants, rien ne sera noté : où est la passionnelle? la femme empressée? volontaire? La thérapeutique psychotrope a-t-elle anéanti ce "potentiel"?

En avril, Marie essaie de faire passer une lettre à la femme de Robert et ce, clandestinement; l'adresse porte le nom de jeune fille de cette personne.Elle y dit :"Maintenant, j'ai compris, et je sais que ce n'était qu'un rêve sans importance...Malheureusement, ils ne me croient pas davantage. On a constaté que j'étais incurable...vous, vous pouvez vous montrer généreuse, puisque vous n'avez plus rien à craindre de moi...puisqu'il vous chérit et vous protège...Je vous aime aussi..."

On a beaucoup insisté sur le fait que l'érotomane était une intrigante, et qu'elle mentait facilement - ce qui la rend toujours suspecte et nous amène à douter de ce qu'elle exprime. Mais, peut-on croire que Marie, à ce moment là, admet le statut de Robert "homme marié"? Fait-elle, comme d'autres érotomanes, des concessions? en particulier, semble-t-elle inverser la relation, comme pour excuser son comportement, et redonner à la fois à l'objet une situation de "sujet désiré". Ce faisant, elle cherche au minimum à retrouver une légitime estime.

Mais pourquoi avoir voulu faire passer cette lettre en cachette? Le fait qu'elle y écrive qu'on ne la comprend pas suffit-il à expliquer cette particularité?

Lui a-t-il été impossible - au dernier moment - de supporter que le nom de Robert soit porté par une autre ? Enfin n'y a-t-il pas une tentative d'identification avec cette jeune femme qui "seule, peut la délivrer"? Cette identification ne peut survenir que dans une position donnée à l'objet identificatoire (objet-non-marié).

En vérité, un mois après, Marie avoue avoir écrit cette lettre, et exprime sa conviction inébranlable que Robert n'est

pas marié : il a organisé un faux mariage, et il vit avec sa cousine par lâcheté envers ses sentiments pour elle, Marie.

Nous noterons au passage la haute teneur projective de cet écrit.

Après cette période - contradictoire en apparence - et pouvant nous faire supposer chez Marie une position de mensonge, elle sombre dans une phase d'aggravation : son état délirant s'accentue; elle élabore des "thèmes compensatoires". Elle a"la vocation d'une romancière et la connaissance de l'âme humaine"..."chez moi, c'est l'âme et le coeur qui sont malades, et non pas le cerveau..."

Cependant, elle montre à quel point ses "thérapeutes" peuvent devenir des persécuteurs, au sens psychiatrique du terme"(ils) ne (la) comprennent pas..." Elle s'autovalorise comme pour mieux se situer dans leur registre. Elle semble en effet présenter une sorte de mutation paranoïaque. Mais jamais - à l'inverse d'une véritable paranoïaque - d'autres personnages ne viendront s'infiltrer dans son réseau délirant. Elle ne délirera jamais avec eux, mais s'effondrera plutôt devant leur manque de compréhension. Son hypersthénie, son impatience ne se formuleront jamais en termes agressifs ou vindicatifs vis à vis de ses thérapeutes, mais toujours contre l'objet. C'est peut être en cela que le qualificatif "passionnel trouve sa meilleure justification. L'impression d'un lien immuable, est constante pour le spectateur même le plus neutre. Nous ne pensons cependant pas que le registre des psychoses passionnelles suffise à cerner cette forme de folie. Insistons encore une fois sur le caractère absolu de la passion et les difficultés pour adapter le vécu de l'érotomane au vécu du passionnel. La distorsion temporelle demeure malgré tout subordonnée à la souffrance. L'émotion, et le fanatisme amoureux nous semblent incompatibles avec les états passionnels morbides ou jugés normaux. Au delà du champ illusionnel et passionnel de l'érotomanie, nous découvrirons cependant aussi le vide, le néant...

La suite de l'histoire de Marie M... sera une succession de faits et de propos écrits soit par elle soit par les thérapeutes. Le caractère irréversible et continu du processus érotomaniaque défend d'y définir des stades nettement démarqués. Ici, il n'y a lieu de distinguer ni phase d'espoir ni phase de dépit, ni phase de rancune: chez Marie leur étroite intrication ne cesse jamais.

En octobre, le placement d'office est mué en placement volontaire. On note la même conviction rétroactive avec abandon des vélléités revendicatrices et disparition de l'état passionnel. Marie semble pouvoir accéder à une autocritique de son comportement.

Elle sort le 1er décembre 1961, et trouve du travail; la post-cure montre une bonne ré-insertion sociale.

Le 2 juin 1962, Marie écrit au chef du service une lettre faisant craindre la reprise des recherches de l'objet et la possibilité d'une rechute.

On la fait rechercher : depuis 2 jours elle a disparu de son domicile, et on décide de la réintégrer dans le service (12 juin). Le certificat note:

"récidive, ayant valeur d'une bouffée délirante s'achevant par une très bonne révision critique avec réinsertion pragmatique valable".

Elle est libérée 3 mois plus tard. Durant cette hospitalisation, on avait noté différentes phases et l'émergence de deux ou trois thèmes.

A l'entrée, le certificat faisait état d'excitation euphorique assez discordante. Marie reçoit des messages à distance émanant de Robert, qui agit sur elle de loin. Quoi qu'ils disent le sens est le même : il l'aime, il veut faire son bonheur par tous les moyens, même par l'internement.

Les thèmes de grossesse et d'accouchement sont évoqués fréquemment, avec une teinte d'ambivalence: elle craint d'être enceinte; désire un enfant de Robert "mais (elle a) peur de donner naissance à un épileptique" (comme l'était sa soeur).

Le thème de l'accouchement provoque une verbalisation symbolique très riche, aux associations multiples : rouge, sang, apoplectique, frigidaire, souris, rat, cancer...

C'est comme si une activité onirique réelle et intense sous-tendait un comportement de justification verbale très dramatisé.

Pendant la post-cure, on ne notera rien de particulier.

Mais le 16 avril 1963, retour spontané de Marie à l'hopital, comme vers un refuge. Elle veut se reposer, après une tentative de suicide par absorption de largactyl. Elle présente un état de "grande fatigue", se dit privée de but, distraite à son travail, éprouvant de la difficulté à fixer son attention.

Elle veut aller à Pigalle pour "changer de vie". En fait, elle vient à l'hopital directement du domicile de son employeur.

A l'entrée, on ne note pas d'idées de suicide très nettes, mais une fois de plus, elle avoue sa grande susceptibilité dans son travail (incapable d'admettre la moindre remarque de sa patronne). Elle dit n'avoir pas de distractions, et peu d'amis "Je les laisse tomber après un temps". Elle veut aussi "faire des journées bourgeoises" avenue Montaigne.

Après quelques jours, elle se sent mieux et émet à nouveau des projets de travail.

Elle rêve :"ma patronne me martyrisait, mes pensées se métamorphosaient...Des rêves m'étaient envoyés..." ..."Avant, je croyais, des choses, dans la journée, elles avaient un sens ; je ne rêvais pas!"..."J'étais obligée d'avouer ces idées-là...on me poussait à les avoir"...

Elle explique son suicide : elle voulait que ses patrons la renvoient, mais sans leur faire de peine.

Le 3 mai, elle va mieux; on note qu'elle veut reprendre son travail.

" Je veux faire des journées de repassage"...Or: on a noté auparavant que, pour elle, l'activité de repassage avait une fonction précise : faire taire les voix provenant de l'ob-

jet."

Le 6 mai, elle dit: "Je suis bien moi-même. Je vois bien les gens ; je n'enjolive plus."

Elle fait passer une annonce demandant du travail, et elle sort le 13 mai.

Survient alors une phase apparemment très active, jugée même hypomaniaque : Marie fait 4 places différentes dans la même journée 16 h de travail par jour, et dort 7 heures. Elle veut acheter un logement avenue Montaigne.

Le 16 septembre, elle est amenée par Police Secours à Sainte Anne : on l'a ramassée sur la voie publique où elle "tenait des propos incohérents".

Le Dr. Lentéri-Laura note sur le certificat d'entrée:"incohérence des propos;ambivalence; réponses floues,attitude figée; semi-mutisme; catalepsie;schizoïdie."

Le Dr. Follin note:"épisode délirant oniroïde subaigu".

Après un mois, il y a une amélioration. Une fois encore Marie fait son autocritique. Le Placement d'office est transformé en Placement volontaire.

Marie dit toujours beaucoup rêver. Elle fait surtout des cauchemars. Elle ne se sent plus paisible et s'évade dans la poésie en écrivant différents poêmes.

En novembre, on lui fait passer un Rorscharch, dont le compte-rendu note:"Intelligence concrète. Quand elle imagine, elle s'englue autour d'un thème central sans s'en dépétrer... ses relations avec le monde extérieur sont placées sous le signe de l'insécurité. Pas d'organisation névrotique de la personnalité. Pas de signe de dissociation très marqué. Conflit central probable au niveau de l'image masculine sexualisée, dont l'origine remonterait à la dynamique des relations avec le père! Elle semble craindre ses potentialités agressives."

En décembre, elle parait prendre un certain recul et réaliser qu'elle a été "très malade". Elle avait, en particulier, "peur des voitures". Elle pense qu'elle va partir au Printemps en vacances. Elle écrit:"Mon corps est malade, donc humilié.

Cependant, mes affaires sont payées, et en ordre. J'ai quitté mon domicile en état d'hypnose" "Je sentais que je jouais un rôle, mais je ne pouvais faire autrement qu'obéir. En fait, je dors quand je suis éveillée. Je suis extralucide. Je veux aller vers la mort. J'ai perdu la mémoire de moi. J'ai voulu avancer dans le mauvais sens car j'ai toujours voulu être la plus forte. Du reste, ma mère disait bien : tu ne vois pas comme nous! Comme tu es aveugle!..."

On apprend qu'en Août, elle avait fait un séjour chez elle. Elle dit à ce sujet :"En fait, je suis morte plusieurs fois. Les gens autour de moi n'étaient pas normaux. Ils me trompaient. J'ai bien vu que j'étais rejetée de ma famille. J'ai cru cependant que ma mère m'aimait...". "Pendant ce séjour, j'avais l'impression que je sortais de moi-même, que j'étais supra-terrestre, demi-morte, demi-vivante, ou les deux...Avant mon hospitalisation, j'ai erré deux jours dans Paris...J'avais l'impression d'être endormie, et d'agir sur commande...Ma mère m'avait sacrifiée; elle disait : le rameau est coupé, et tu tombes!..."

Pendant cette hospitalisation, bien qu'elle avoue écrire encore à Robert et être allée souvent en face de son domicile elle critique ses anciennes idées "Je suis obsédée!"

Elle fait une relation entre sa mère et l'objet : Robert a un rôle protecteur, bienveillant; il a le pouvoir de l'aider. Elle écrit de nombreux poêmes et s'en explique :"ça me fait du bien : depuis 15 ans, j'étais dans la vie. J'étais folle! Maintenant, je suis bien guérie, puisque j'arrive à faire des vers...Avant, je n'étais jamais vraiment guérie, c'était superficiel. Si je sors, je veux être femme de chambre..."

Elle sort le 24 décembre 1963

- vue le 10 janvier 1964, elle travaille: "Le passé est mort!" Elle pense se faire bonne soeur peut-être, comme sa tante.
- le 14 février : elle va bien, elle ne fait plus de poêmes...

- Le 7 mars : elle travaille chez un architecte et n'a pas de projets précis. Elle s'offre quelques loisirs et dort bien.

Puis après, elle ne se présente plus aux convocations de la post-cure. Le Dr Follin reçoit d'alarmants renseignements à son sujet et fait une demande de recherche à la Préfecture de Police. La Police se présente chez Marie et celle-ci accepte de la suivre. Elle rentre dans le service en mai 1964, sur un Placement d'office!...

En effet, elle avait alors repris des démarches persécutant l'objet mais elle se sentait également persécutée par lui! Il devient le seul interlocuteur possible, et elle lui fait part de son désir de se tuer.(Du reste, elle aurait fait une tentative de suicide au gaz, qu'elle juge dérisoire, motivée par un fort sentiment d'échec).

Le certificat d'entrée fait part de la probabilité d'une hospitalisation prolongée. Pendant la période précédant son entrée à l'hopital, Marie avait submergé de lettres Robert et sa femme. Elle lui écrit :"Je suis l'ennemie publique n°1, qui tisse sa toile dans l'ombre...Pourquoi te cacher derrière tes volets? Pourquoi?...Tu n'as rien fait de mal,toi! Au contraire, tu es un héros! Il faut te montrer, et être fier de toi! Demain, j'irai te chercher,je jouerai spirituellement auprès de toi..."

Cette lettre arrive au Dr Follin par la femme de Robert... Une autre lettre, écrite celle-là pendant l'hospitalisation, parvient de la même manière aux mains du Dr Follin :(adressée à Robert).

"J'espère que tu m'as pardonnée! Jamais plus je ne m'oublierai! Notre union est écrite dans le ciel. Je n'ai plus envie d'être ta maitresse mais ta femme respectée et écoutée. C'est d'ailleurs toi aussi ton honorable désir. Je t'aime. Je t'honore si tu veux me répondre, s'il te plait, uniquement par rêves..."

Elle avouera que jamais, elle n'a cessé de chercher à voir l'objet, jamais elle n'a cessé de vouloir le rencontrer.

Elle raconte une fois de plus sa rencontre avec Robert:"Tout de suite, j'ai vu qu'il était différent...que ce serait lui ou personne...Ces derniers temps, je me suis dit : il faut que j'arrive à décrocher le gars, ou alors, je me fiche à l'eau!..."

Elle narre aussi le moment où Robert lui a jeté un seau d'eau pour la chasser. Elle l'interprète:"c'est signe qu'il s'intéresse à moi." On dénote par ailleurs un sentiment d'auto-accusation et de culpabilité:"Il voulait me laver de mes fautes et de ma saleté!..."

Remarquons ici que le roman érotomaniaque de Marie semble très marqué par une prévalence particulière à interpréter les événements de son vécu relationnel avec Robert et aussi: "c'est l'attitude des gens qui m'influence dans la rue"

Elle se sent donc "influencée". Il ne s'agit pas d'un automatisme mental franchement réalisé. On a l'impression d'une"construction secondaire" trouvant une description parfaite dans les écrits de De Clérambault. L'adhésion du sujet aux résultats de ses interprétations est à la fois difluente et, toujours, référée au personnage de l'objet.

Tous ses sentiments d'être "influencée" proviennent du fait qu'elle se réfère sans cesse à ce qu'elle attend de Robert. Le fait qu'elle ne différencie pas son monde imaginaire et le monde de la réalité indique que le lieu de sa folie est situé dans la réalité de Robert. Tout le halo symbolique de l'objet Robert suffit à motiver l'énoncé "l'autre c'est moi".

Pour Marie, on pourrait penser à de véritables bouffées délirantes, à des états dépressifs aigus, ou faire un parallèle avec des psychoses paranoïdes (influences). Mais, en réalité, on constate que, pour elle, il y a toujours référence à un seul monde : le monde de l'objet fantasmatisé et introjecté. Le monde des rêves, fondamental, est retenu intégralement dansle vécu quotidien, où il imprime son sceau d'intemporel.

Ce dernier stage à l'hopital est marqué par un aspect de dépression aigue, clairement exprimée par Marie:"J'en arrive

à la conclusion que le désir, ce n'est pas le bonheur."..." "Si on se couche ensemble, il y aura du plaisir, mais pas de bonheur! Inutile tout cela...je ne veux plus sortir! Je ne peux plus vivre parce que je n'ai plus d'idéal. Je peux rencontrer tous les hommes de la Terre, ça ne me ferait ni chaud ni froid...C'est comme si j'étais morte!..."

A ses thérapeutes, elle dit: "Vous m'avez débarrassée de ma mémoire." "On nous donne des médicaments qui nous imposent la loi des autres...Ne cherchez pas à me guérir, c'était ma vie...Maintenant, je veux que vous me rendiez complètement folle: il a du comprendre qu'il fallait que je lui rende l'image que je me faisais de lui"... "Ce garçon m'a tout pris... Je n'ai plus de cerveau, plus de mémoire".

Mots de la mélancolie même! Du reste plus tard, elle dira encore :"Je n'ai plus qu'à mourir...Je ne peux pas vivre 40 ans avec des espoirs déçus...Maintenant, c'est le désert..." Ailleurs :"Je m'aperçois que je parle!...Maintenant je ne cherche plus, je vis au jour le jour! J'ai voulu finir avec lui, avec la vie; j'ai voulu être morte, j'estime qu'il en valait la peine...Je me suis entêtée, je ne faisais pas d'effort pour l'aimer. Maintenant, je ne peux pas en fabriquer! Je n'ai plus qu'à mourir!..."

"..ce que je veux, c'est surtout la sensation d'être aimée..."

Le 23 juillet :"Je fais ici une pénitence"

Le 9 novembre 1964

"Vous pouvez être sûr que le jour où je partirai d'ici je n'y reviendrai plus!"

Elle a de nouveau l'idée d'entrer au couvent ou de s'occuper de vieillards...Elle a des réveils très dépressifs. Elle écrit, en janvier 1965 une lettre à Robert, où elle parle encore de suicide :"nous nous décevons quand nous nous voyons... Tout ceci est du domaine du rêve...Je pleure ce que tu aurais pu être et que tu n'es pas...J'étais trop douce, trop sensible,

trop spirituelle pour toi!..."

Le 6 mai 1965, elle sort

Le certificat note:"Plus d'activité délirante. Plus dangereuse. Peut sortir." .

Elle travaille 4 jours dans un hospice et part ensuite chez sa mère en Bretagne.

On apprendra dans un journal, en juin 1965 la nouvelle de sa mort, à Antibles, noyée.

CONCLUSIONS

A partir des deux cas que nous venons de décrire et de commenter avec surement des lacunes et des erreurs - et du fait que nous avons été confrontés cliniquement ou par le biais de dossiers nosographiant plus ou moins rigoureusement des patientes comme érotomanes- nous ne pouvons qu'admettre la définition classique de l'érotomanie ou de la relation érotomaniaque chronique comme: le sentiment illusionnel d'être aimée avec plus ou moins d'acuité, par une personne unique d'un rang social plus élevé et le plus souvent de sexe opposé, sentiment traduit verbalement par:"Je suis aimée par :X" - personne identifiée et identifiable - Mais contrairement à G. De Clérambault (peut être acculé par l'intensité de sa pensée mécaniciste) qui a voulu purifier le syndrome, nous ne considérons pas comme de fausses érotomanes, ces femmes qui soit - affirment aimer en retour (avant après ou simultanément) ou multiplient itérativement leurs objets - (comme l'illustre parfaitement notre première observation).

Ce qui nous semble fondamental pour parler de structure érotomaniaque est qu'une relation ait lieu avec un support unique, réel (et élu comme "objet" nouant et développant une situation bi-univoque-correlative quelle que soit l'attitude en retour de l'objet (indifférence -rejet - opposition agressivité-ambiguité,etc...)

Nous notons ici que l'objet a comme l'indique le Docteur Perrier un statut d'Homme de Bien - l'inscrivant aussi dans

un registre symbolique à la fois individuel et social. Ce statut permet toutes les possibilités de projections phantasmatiques et en fait le dispensateur plus ou moins sexualisé des représentations gratifiantes ou frustrantes du sujet érotomane.

Une question pourrait se poser de savoir si une relation induite par une formation érotomaniaque a jamais ébouti et réussi par la condescendance de l'objet. Cependant nous postulerons que la relation se situe à un niveau imaginaire. On est dans les registres de l'Imaginaire rempli par une phantasmatisation inconsciente. Sa réalisation est certainement impossible par la constitution même du processus; l'érotomane ne cherche pas une union au sens où nous l'entendons dans une perspective sociale même si parfois leur but avoué est le mariage avec ou sans la procréation. (Nous pensons qu'il s'agit ici d'une concession faite par ces malades à la réalité pour mieux soutenir leurs vélléités et leurs aventures.) Le terme le plus souvent employé de leur propre bouche étant une "communion" plus ou moins spirituelle avec l'objet.

Le substantif passion ou même l'adjectif passionnel ne semblent pas traduire uniquement les délires érotomaniaques de jalousie ou de revendication (mais toute une panoplie d'états plus ou moins morbides). Les délires ou les états d'élations mystiques, les idéalistes de tout genre, les toxicomanies, la mélancolie ou les situations de deuil peuvent tout aussi bien admettre l'adjectif passionnel tel que nous l'avons défini. Nous annulerons le qualificatif orgueilleux donné aux érotomanes. Nous savons que l'hypertrophie du moi a été non seulement l'explication du fait que l'érotomanie se retrouve presque exclusivement chez les femmes car elles seraient biologiquement ou psychologiquement plus vouées à être aimées qu'à aimer, mais aussi un des éléments moteur du délire (car élément principal du noyau ou complexe idéo-affectif). L'orgueil et ses synonymes tels la vanité, la suffisance, la présomption, l'amour-propre, voir la fierté, ("Les femmes fières dissimulent leur jalousie par orgueil" disait Stendhal), sont

en effet des qualificatifs que nous leur attribuons sur nos rapports ou certificats d'internement. Mais en faire le sentiment pulsionnel inducteur serait nous faire oublier que le discours né de la nouvelle relation et confrontation devenue relation de médecin à malade, est un discours à trois. La vision plus ou moins lointaine, le corps étranger, la virtualité, mais la permanence, l'immanence et l'efficience de l'objet pour le malade introduisent un troisième personnage dans l'entretien.

L'érotomane nous offre donc un champ structurel d'études dans sa véritable dimension, lorsque la clinique nous énonce combien toute l'aliénation se situe dans ce secteur qui est celui du manque à avoir un objet personnifié, et nous énoncerons plus loin, les termes de besoin et de possession.

Cependant,la notion de chronicité dans l'évolution nous semble importante pour discriminer l'érotomanie d'autres manifestations psychologiques amenant le sujet à une relation véritablement érotomaniaque dans sa description sémiologique, mais d'une façon transitoire.

Nous savons que l'érotomanie peut faire irruption dans de nombreuses entités nosographiques (panachant en quelque sorte le tableau psychiatrique), mais, et nous y reviendrons en fin de conclusion à propos de la paranoïa, la dynamique comme l'économie, et le déploiement du délire et, donc vraisemblablement, les structures psychopathologiques sont, différentes.

Nous ne pouvons, certes, ne pas souligner les analogies, comme le fait remarquer Kestemberg, entre les relations érotomaniaques et certaines situations transférentielles dans le déroulement d'une cure analytique - de certains amours de transfert - voire des simples rêveries amoureuses. Mais nous nous attachons particulièrement à cette analogie avec les amours d'adolescents.

L'adolescence est certainement le terrain le plus propice pour la construction de telles thématiques dans les situations amoureuses qu'il devra affronter ou qu'il ne peut encore af-

fronter.

Les amours d'adolescents illustrés et décrits par la littérature romanesque nous semblent avoir un intérêt, car il est vraisemblable que c'est à ce stade ontogénétique que se fixe ou se préfigure le choix du futur objet, ou des objets d'investissement. Cette préfiguration où les données culturelles jouent un grand rôle, fixant la relation dans une dimension temporelle et spatiale englobant toute la vie ultérieure et donnant ainsi à l'adolescent accès au monde de l'adulte. Tout nouvel investissement d'objet ayant le plus souvent valeur de jugement psychopathologique avec régression morbide et émergence d'une psycho-névrose tardive de l'adulte.

Cette plaque tournante ou table d'orientation pour employer des métaphores traditionnelles, que représente l'adolescence, est elle-même subordonnée par les investissements et choix objectaux de l'enfant, donc déjà virtualisée pour faire irruption, grâce aux véritables bouleversements biologiques (morphologiques et endocriniens) et à l'aboutissement ontogénétique des facultés intellectuelles considérées comme achevées (avec la possibilité des opérations logiques formelles, la pensée opérant sa construction relationnelle sur des modèles idéoverbaux, abstractions et opérations logiques - constitution d'une logistique axiomatique régie par les règles de la pensée discursive et constructive selon Piaget). Ces investissements et choix objectaux de l'enfant ne se traduiront dans le langage des relations interhumaines qu'après le franchissement des stades de l'évolution libidinale et la problématique de l'identification avec l'abord puis la résolution de la situation oedipienne.

Il nous a semblé hors de notre portée de définir ce qui chez l'érotomane a empêché dans un contexte social, la possibilité d'une relation amoureuse en termes correlatifs. La terminologie et les concepts multiples de la métapsychologie pourraient certainement nous permettre de brosser au lecteur un tableau des affres, difficultés, impossibilités, conflits,

traumatismes etc...que les érotomanes ont eu à subir dans la voie qui nous est offert à tous, pour accéder à cet idéal du moi véritable, instance que l'adolescent devra transposer sur une personne étrangère. La seule formulation que nous pouvons retenir comme hypothèse repose sur l'analogie entre la description que nous offre la clinique érotomaniaque et les phases schizoïdes, paranoïdes et dépressives décrites par Mélanie Klein chez l'enfant, où nous retrouvons toutes les notions de dépendance totale envers un objet introjecté, omnipotent et omniprésent.

a) Ces phases aboutissant à un vécu et une relation sur un mode sadomasochiste et persécutif.

b) Ceci supposant pour l'érotomane une fixation avec secondairement une régression à un niveau très archaïque de relation objectale avec les concepts de bons et mauvais objets, d'objets partiels, d'objets clivés.

c) Cet objet morcelé, puis unifié, pulsionnel et phantasmatique dans la métapsychologie kleinienne étant la mère - le sein et le pénis du père - "introjecté" par la mère en étant les attributs symboliques.

Nous nous arrêterons ici dans nos spéculations que nous pourrions surement mieux formaliser vu l'abondance de la littérature analytique traitant des problèmes de l'adolescence, de l'identification et du narcissisme. Mais répétons-le, seule la méthodologie analytique pour peu qu'elle soit applicable aux érotomanes est la "voie royale" pour découvrir une structure dans un registre métapsychologique.

Nous savons que la littérature psychanalytique traitant de l'érotomanie est pauvre et, comme nous l'avons montré dans le chapitre sur l'historique et les théories psychogénétiques, celle-ci vient plus comme manifestation pouvant se superposer et s'adapter aux conceptions elles, plus généreuses sur la paranoïa.

Dans une perspective plus phénoménologique, nous pensons qu'il n'est pas plus grande sublimation que de prendre pour

modèle idéal , le cas fameux du gardien de square amoureux d'une statue et dialoguant avec elle. La relation telle que nous tentons de la percevoir, ne tient pas compte des péripéties qui auront pu se nouer avec, ou la faire émerger. A savoir qu'à la limite d'une véritable description phénoménologique, il n'y a peut être pas de différence entre ce monsieur amoureux d'un objet hiératique, et nos quérulentes faisant irruption dans les domaines privés de leur persécuteur persécuté. L'intention et la consistance du drame y serait-il le même? Nous avons essayé de montrer et nous pensons sincèrement que l'érotomane est seule, que sa solitude affective et sociale est une constante. La fonction transitiviste s'annule pour une création assez autistique et imaginaire - L'échange entre les deux protagonistes n'existe pas. Le scénario que nous contemplons ou lisons est à la fois immuable et inintelligible. Peut-être parce que en aucune façon nous pouvons pénétrer la trame exacte du drame. Les manifestations d'angoisse, de poursuite, de révolte, d'indignation, les scènes pittoresques ou tragi-comiques que nous offrent les descriptions cliniques érotomaniaques font que les sujets en effet, semblent vivre mais ne serait-ce pas en fait, que le halo perceptible du noyau qu'il nous reste à définir dans sa structuration, sa dynamique, son devenir.

G. de Clérambault a parfaitement démontré et nul, jusqu'à présent n'a pu rétorquer cette vérité = que les constructions délirantes, les phénomènes interprétatifs, ou même hallucinatoires ne sont que secondaires. Les autres personnages venant interférer, les objets, les distances, le temps qui séparent l'érotomane de son objet d'amour ne sont là que pour rendre supportable et "réelle" la relation - qu'un d'entre nous, en particulier psychiatre, fasse irruption dans le champ qui sépare l'érotomane de son objet, en se subordonnant à la fonction et au principe de réalité bien présent chez ces malades et nous aboutissons :

- Soit à un renforcement de ce que nous appelons la con-

viction délirante.

- Soit, mais il s'agit là d'une hypothèse, à un gauchissement, voire une véritable mutation de la structure érotomaniaque. Nous provoquons une maïeutique douloureuse, ce que nous avons appelé l'extériorisation de l'objet avec tous les risques que comporte ce processus. Le déferlement agressif après le dépit, la poursuite haineuse et vindicative ou la dépression la plus profonde, pôles antinomiques ayant le plus souvent une traduction médicolégale, meurtre, suicide.

Un dernier point sur lequel nous insisterons et ici encore G. de Clérambault nous a permis cette réflexion en soutenant que l'avènement érotomaniaque ne justifiait nullement un caractère paranoïaque. Les paranoïaques et même certaines formes de délires paranoïdes comme l'érotomanie, peuvent surement présenter des analogies psychogénétiques, car mettant en branle des mécanismes projectifs psychotiques, tentent d'annuler les tensions pulsionnelles insoutenables. Nous pensons aussi que dans le discours de l'Inconscient, nous pouvons en effet trouver l'inversion et la conjugaison pronominale.

Une hypothèse serait pour l'érotomanie, la transformation du Je-et-il- et pour le paranoïaque le Je en On ou ils. Pour ces derniers les objets deviennent beaucoup plus neutres, à la limite ils sont des choses, ils ne sont plus personnifiés et la clinique nous montre combien dans ces délires appelés psychoses hallucinatoires chroniques, les persécuteurs emploient tout un tas de machines pour parvenir à leurs fins. Le paranoïaque tisse une toile d'araignée pour protéger l'intégrité de son self. Facilement nous devenons un élément du réseau et de la structure délirante plurifocale des paranoïaques. La psychorigidité , l'esprit manichéiste, l'agressivité que nous découvrons chez ceux-ci font que toute possibilité de dialectique inter- ou intrasubjective s'étouffe. On les croit ou on ne les croit pas, ou si l'on se manifeste - c'est souvent pour leur permettre de tisser une toile annexe mais plus rarement pour qu'ils nous rejettent de leur champ d'inté-

rêt.

De cette distinction entre érotomanes et paranoïaques, et de l'hypothèse que nous avons formulés pour bien cerner et définir ce que nous entendons par relation érotomaniaque qui seule, prête à nos interrogations, nous concluerons :

- Qu'il nous reste, d'après cette perspective de définir notre attitude ou peut être de la réviser - bien que les contingences matérielles et sociales font qu'il est peut être utopique d'abonder dans ce sens.

- Les érotomanes comme l'avait dicté le Docteur Follin sont des invalides de l'amour qui nous posent avec acuité les problèmes psychologiques, avant ceux du désir et de la jouissance, de l'envie, du besoin et de la possession.

Vu :
Le Président :

Signé : P. PICHOT

Vu :
Le Doyen :

Signé : F. DELBARRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

Travaux cités ou consultés

1.- BALL (C.) La folie érotique. Paris 1883

2.- CAPGRAS (J.) Crimes et délits passionnels, Annales médico-psychologiques 1927

3.- CAPGRAS(J.) JOAKI (E) et THUILLIER (R) Erotomanie et délire d'interprétation

4.- CENAC (M) Syndrome érotomaniaque chez une persécutée interprétante hallucinée, Soc.Cl.Med.Ment.,1924

5.- CLAUDE(H) et SHIFF (P) Le délire d'interprétation à base affective de Kretchmer et ses rapports avec le syndrome d'action extérieure, Encéphale, 1928 (23)

6.- CLERAMBAULT (G.de)

a) Les délires passionnels: Erotomanie revendication. Jalousie (présentations de malades: Soc.Cl.Med.Ment. 1921.

b) Un cas rare d'érotomanie: cohabitation antérieure.

c) Erotomanie pure. Erotomanie associée, Soc.El.Med.Ment. 1921.

7.- CLERAMBAULT et BROUSSEAU, Coexistence de deux délires : persécution et érotomanie ,Soc.Cl.Med.Ment.1920

8.- CODET Les amoureuses de médecin, La pratique Médicale Française,1923

9.- DIDE (M)

- Les idéalistes passionnées, Alcan, Paris 1913

- Quelle est la place des idéalistes passionnées en noso-

logie? (1933), Journal Psychol.Norm.Path.
- A propos des psychoses passionnelles,Soc.Cl.Med.Ment. 1923

10.- DUPOUY (R)
- Les érotomanies médicales (Les amoureuses de médecin) Arch.Int.de Neurol.(1928)
- De l'érotomanie, La Consultation,1928 (27)

11.- EY (H)
a) Etudes Psychiatriques Tome I
- Etude n°5: La doctrine de G. de Clérambault
- Etude N°7: Principe d'une conception organo-dynamiste de la psychiatrie
- B.N.P.L.F. Descléé et Bouvier,Paris 1948

b) La Conscience, PUF 1953
c) Aliénation liberté et la loi
Objet de la Psychiatrie
Information psychiatrique,janvier 1972

12.- CZERMAK (M) Psychanalyse et psychiatrie, Thèse 1970
13.- ESQUIROL, Traité des Maladies Mentales,t.I,Baillere,Paris 1938
14.- FENICHEL (O), La théorie psychanalytique des Névroses, PUF,Paris 1953
15.- FERDIERE (G) L'érotomanie, G.DOIN,et Cie,Paris, 1937
16.- FRETET
a) Les causes affectives de l'érotomanie, Alcan,Paris 1937
b) Erotomanie, délires des liaisons flatteuses,Ann.Méd. Psychol.1937 (1)
c) L'érotomanie homosexuelle, masculine, Ann.Med.Psychol. 1937 (2)
d) L'Erotomanie homosexuelle, Evolution Psychiatrique, 1938

17.- FREUD (S)
a) Trois essais sur la Théorie de la sexualité (1905) Traduction B.Reverchon-Jouve,Gallimard,1962

b) Essais de Psychanalyse, Trad. S.Jankelevitch,PAYOT, Paris 1927
c) La métapsychologie, trad.J.Laplanche et J.B.Pontalis, Gallimard,Paris 1968
d) Nouvelles conférences sur la Psychanalyse, trad. Anne Borman, Gallimard,1936
e) Contribution à la psychologie de la vie amoureuse, Rev. Française de Psychanalyse,1936 (9)
f) Cinq Psychanalyses, Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa "Le Président Schreber" 1911, Trad.M.Bonaparte et R.Loewenstein, Denoel et Steel,Paris 1935
g) Introduction au Narcissisme,1914 , trad. Bibliothèque de l'Institut de Psychanalyse
h) Le clivage du Moi dans les processus défensifs (1938) Trad. Bibliothèque de l'Institut de Psychanalyse
i) Le Fétichisme - 1927, trad. Bibliothèque de l'Institut de Psychanalyse
j) Inhibition, symptome et angoisse, PUF, 1967

18.- BOUVET (M), Oeuvres Psychanalytiques, t.II, La relation d'Objet,PAYOT, Paris 1967

19.- J.BOREL, Les Psychoses passionnelles, Ed. l'Expansion Scientifique Frarçaise, Paris 1952

20.- G.BENOIT, Conférences de Psychiatrie,Ed.Doin,Paris 1964,t.II

21.- COOPER (D) Psychiatrie et antipsychiatrie, trad. de l'anglais Michel Bourdeaux,Ed.du Seuil,PARIS 1970

22.- FOLLIN (S)
a) Enseignement pour la préparation du médicat de H.P.S. 1949-1951 (non publié)
b) "Les états oniroïdes", Ed.MASSON,Paris 1963 Rapport au congrès de Psy. et Neur. de Langue Française de Nancy
c) La dépersonnalisation (avec J.Azoulay), Encyclopédie Med.Chir.,Vol.Psychiatrie t.I (1955)

23.- R.ROELLENS, Introduction à la Psychopathologie CH.7 Les

conduites érotomaniaques et le problème du renversement passionnel, Larousse 1969

24.- KESTEMBERG (J) A propos de la relation érotomaniaque Revue Française de Psychanalyse, sept-oct 1962,N°5

25.- KLEIN (M) Envie et Gratitude et Autres Essais, trad. V. Smirnoff, Gallimard, Paris 1968

26.- HANNA SEGAL, Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein, PUF,Paris 1969

27.- MASUD (M), KHAN (R), Le Fétichisme comme Négation du soi in Nouvelle Revue de Psychanalyse n°2 1970, Gallimard

28.- KRETSCHMER (E) Paranoïa et Sensibilité, trad. de l'allemand J.Horison,PUF 1963

29.- LACAN (J)

a) De la Psychose Paranoïaque dans ses rapports avec la Personnalité, Thèse, Paris 1932

b) Ecrits
Propos directifs pour un congrès sur la sexualité féminine p.725

c) Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je p.93, Editions du Seuil, Paris 1966

30.- LAGACHE (D)

a) Passions et psychoses passionnelles
Evolution psychiatrique 1936

b) Erotomanie et Jalousie
Journal Psycho-norm.path. 1938

31.- LEBOVICI, La relation objectale chez l'enfant, La Psychiatrie de l'enfant, 1961 t.III(1)

32.- LEROY (R) Les persécutés persécuteurs, Thèse, Paris 1896

33.- LEROY et JUGELLER (P) Les amoureuses de prêtres (présentation de deux malades) soc.cl.med.ment.1910

34.- LEROY et POTTIER (C) Psychose hallucinatoire avec délire érotique concernant les médecins (soc.cl.med.ment.1930

35.- MAGNAN (V) Leçon clinique sur les maladies mentales, Paris 1883

36.- NACHT (S) Pathologie de la vie amoureuse, Ed. Denoël, Paris 1937

37.- NACHT et RACAMIER, La théorie psychanalytique du délire, Revue Française de Psychanalyse, 1958 (22)
38.- OMBREDANNE (A), Contribution à l'étude de la psychose passionnelle, J.Psycho.Norm.Path.1937
39.- PROTEMER, De l'érotomanie au point de vue médico-légal Thèse, Paris 1902
40.- PERRIER (F), L'érotomanie, in Le Désir et la Perversion, Ed. du Seuil, Paris 1967
41.- BIGRAS (J), Esquisse d'une théorie de l'adolescence centrée sur le point de vue économique freudien, in L'Inconscient n°6,PUF 1968
42.- LAPLANCHE (J) et PONTALIS (J.P.) Vocabulaire de la psychanalyse, PUF,1967
43.- AULAGNIER SPAIRANI (P), Remarques sur la Féminité et ses avatars, in Le Désir et la Perversion, Ed. du Seuil, Paris 1967
44.- AJURIAGERRA (J.de), Psychiatrie de l'enfant, Masson, P Paris 1970
45.- GOFFMAN, Asiles, Ed. de Minuit, Paris 1968
46.- SEGLAS (J), Une amoureuse de Prêtre, J.Psycho.Norm.Path. 1922
47.- SERIEUX et CAPORAS
a) Les Folies Raisonnantes. Les délires d'interprétation, Alcan,Paris,1909
b) Délires systématisés chroniques, Traité de Sergent. Psychiatrie, Maloine,T.I,Paris 1926
48.- STENDHAL, De l'Amour, 1922

49.- SMIRNOFF (V), La Psychanalyse de l'enfant, PUF,1966
50.- PINEL (J.P.), Contribution à l'étude de l'entreprise érotomaniaque, Thèse, Paris 1962
51.- MANNONI (M), Le Psychiatre, son Fou et la Psychanalyse, Ed. du Seuil, Paris, 1970
52.- MORSIER (G.de), L'érotomanie, Revue Psychiatrique de Genève 1922

53.- PIAGET,
Le Structuralisme, Que sais-je? PUF, n°1311,1972
L'épistémologie génétique, Que sais-je? PUF n° 1399,1972
54.- TUSQUE (J) et FERDIERE, Syndrome d'action extérieure érotomaniaque, Ann.méd.psychol. 1937,1
55.- WINNICOT (D.W.), La localisation de l'expérience culturelle, Effets et formes de l'Illusion, Nouvelle Revue de Psychanalyse, Gallimard, Paris 1973

TABLE DES MATIERES

	pages
Avant-Propos	7
Introduction	16
Historique	19
Première Observation	41
Deuxième Observation	77
Conclusions	99
Bibliographie	
Table des Matières	